VALENTIN IFTENIE

MEDICINĂ LEGALĂ DIN PERSPECTIVĂ JURIDICĂ

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
IFTENIE, VALENTIN
Medicină legală din perspectiva juridică / Valentin Iftenie,
Editura Fundaţiei *România de Mâine*, Bucureşti, 2006
Bibliogr.
120 p., 20,5 cm.
ISBN (10) 973-725-710-3
(13) 978-973-725-710-9
340.6

Tehnoredactor: Marian BOLINTIŞ

Bun de tipar: 29.11.2006; Coli tipar: 7,5
Format: 16/61x86

Editura Fundaţiei *România de Mâine*
Bulevardul Timişoara, Nr. 58, Bucureşti, Sector 6
Tel./Fax.: 021/444.20.91; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE DREPT ŞI ADMINISTRAȚIE PUBLICĂ

Dr. VALENTIN IFTENIE

MEDICINĂ LEGALĂ DIN PERSPECTIVĂ JURIDICĂ

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
Bucureşti, 2006

CUPRINS

1. **NOȚIUNI INTRODUCTIVE**

1.1. **Definiția medicinei legale**

Numită şi medicină juridică, această disciplină complexă, preocupată de realitatea biologică-umană, obiectivă, respectiv medicina legală s-a născut din nevoia de justiție a ființei umane – entitate bio-psiho-socio-spirituală unică şi irepetabilă.

Deşi o definiție care să cuprindă întreaga gamă a preocupărilor caracteristice acestui domeniu de activitate socio-profesională este dificil de conturat, totuşi, pentru a putea reliefa rolul acestei discipline în constelația materiilor specifice învățământului juridic, considerăm că medicina legală este o *disciplină medicală de sinteză*, *situată la granița dintre științele medico-biologice (în general, concrete) şi cele socio-juridice (de regulă, abstracte)*, *ce are drept scop sprijinirea competentă a justiției ori de câte ori pentru lămurirea unei cauze judiciare sunt necesare (anumite) precizări cu caracter bio-medical.*

Apare cu totul şi cu totul surprinzător faptul că, în mod aleatoriu, fără un fundament motivațional solid, medicina legală este considerată o disciplină conexă în cadrul învățământului juridic, în pofida realității care i-ar oferi loc între materiile fundamentale.

Denumirea de „medicină legală” este utilizată mai ales în țările de limbă spaniolă şi portugheză, în Franța, Italia, în timp ce în Rusia, în țările de limbă germanică sau engleză este folosită, cu precădere, denumirea de „medicină judiciară”. De fapt, ambele sintagme semnifică acelaşi lucru, conturând domeniul de activitate al cărui laitmotiv îl constituie lupta pentru aflarea adevărului medico(bio)-juridic care „nu este întotdeauna frumos după cum frumosul nu este întotdeauna adevărat.”

În România, până în anul 1953 a fost folosită denumirea de „medicină legală”, reflectată şi în titulatura principalei instituții de specialitate, a cărei construcție a fost inițiată şi realizată după planurile

profesorului Mina Minovici şi inaugurată la data de 20 decembrie 1892 sub numele (nou) de Morgă a oraşului Bucureşti care în anul 1898 devine Institutul Medico-legal. După anul 1953, Institutul medico-legal se transformă în Institutul de Cercetări Ştiinţifice Medico-judiciare, iar disciplina adoptă denumirea de „medicină judiciară”, ce se va menţine până în anul 1965 când revine la denumirea de „medicină legală.”

De asemenea, trebuie precizat că, până în anul 1931, în conformitate cu prevederile cuprinse în Legea Sanitară (din anul 1885, 1910 şi 1926), sectorul medico-legal s-a aflat în subordinea Ministerului Sănătăţii. Începând cu data de 01.01.1931, date fiind modificările legislative aduse de Legea Sanitară din 1931, medicina legală trece în aria de jurisdicţie a Ministerului Justiţiei unde va rămâne până în anul 1953 când, prin H.C.M. nr. 345/01.11.1953, sectorul medico-legal de activitate, reorganizat, revine în cadrul Ministerului Sănătăţii.

1.2. **Scurt istoric**

Încă de la debutul învăţământului superior medical, medicina legală s-a aflat printre disciplinele obligatorii incluse în programa de învăţământ. Astfel, în anul 1856, când a fost înfiinţată de către Carol Davila „Şcoala de Chirurgie” de la Mihai Vodă, cu o durată a studiilor de 4 ani, medicina legală şi toxicologia erau incluse în semestrul de vară al anului IV.

În anul următor, 1857, „Şcoala de Chirurgie” se transformă în „Şcoala Naţională de Medicină şi Farmacie” cu o durată de 8 ani, în care medicina legală (împreună cu igiena cu care forma o singură catedră) se preda în anul VI, în semestrul de vară. Primul profesor de medicină legală şi toxicologie a fost Gh. Atanasovici (1822-1892), numit în anul 1862 şi medic legist al capitalei, în conformitate cu „Instrucţiunile pentru medicul legist al capitalei Bucureşti” (art.3 – „medicul legist al capitalei este totodată membru al Consiliului Medical Superior şi profesor de medicină legală la Şcoala Naţională de Medicină”, publicate în Monitorul Medical; din anul 1865 şi până în anul 1897), această prevedere legală nu a mai fost respectată.

În anul 1879 a fost numit profesor de medicină legală (şi de psihiatrie) Alex. Şutzu (1837-1919), care a solicitat Ministerului Justiţiei

să-l oblige pe medicul legist al capitalei să accepte ca studenții în medicină să participe la autopsiile medico-legale.

Personalitatea marcantă care a reorganizat activitatea şi a modernizat instituția medico-legală este prof. Mina Minovici (1858-1933), numit în postul de medic legist al capitalei în anul 1890 şi suplinitor al postului de profesor de medicină legală la Facultatea de Medicină din Bucureşti în anul 1897 (în anul 1899 este numit profesor titular); anul 1897 reprezintă anul în care s-a revenit la principiul stabilit în anul 1862, conform căruia, profesorul de medicină legală trebuie să dețină şi postul de medic legist al capitalei. Pentru meritele deosebite obținute în întreaga sa activitate ştiințifică (autor printre altele al *Tratatului complet de medicină legală* – premiat de Academia Română) şi profesională, considerat pe drept cuvânt fondatorul medicinei legale româneşti, printr-un decret publicat în M.O. din 1925 numele prof. Mina Minovici este adăugat titulaturii Institutului medico-legal, pe care l-a condus în perioada 1892-1932.

Dintre cei 9 copii care au trăit (6 băieți şi 3 fete din totalul celor 13) ai familiei Minovici încă doi vor fi implicați în activitatea de medicină legală şi anume Nicolae Minovici (1868-1941) şi Ştefan Minovici (1867-1935).

Nicolae Minovici a organizat şi a dezvoltat ştiința care, mai târziu, avea să fie denumită *criminalistică*, a efectuat experiențe pe propria persoană legate de spânzurare, a înființat Azilul de noapte, Societatea de Salvare (1906) cu anexele ei, Spitalul de Urgență Bucureşti (1934); în anul 1919 a devenit profesor de medicină legală şi a condus Institutul medico-legal în perioada 1932-1938. Dintre lucrările publicate de prof. N. Minovici menționăm: „Studiu asupra spânzurării”, „Manual tehnic de medicină legală”, „Tehnica autopsiei medico-legale” (în colaborare cu dr. M. Kernach), „Osteologie medico-legală.”

Ştefan Minovici, licențiat în ştiințele fizico-chimice (1893), şeful catedrei de chimie organică de la Facultatea de Ştiințe Bucureşti (1924), autor al „Manualului tehnic şi practic de chimie analitică”, a contribuit la formarea „Facultății de farmacie Bucureşti”, a „Societății de chimie din România”, a „Institutului de chimie teoretică al Universității din Bucureşti” şi a „Asociației generale a corpului farmaceutic din România”, considerate pe drept cuvânt ctitoriile sale.

Activitatea prof. Şt. Minovici s-a manifestat în domeniul chimiei analitice, organice, biologice şi legale punând bazele toxicologiei medico-judiciare (în anul 1912 publică primul manual de toxicologie din țara noastră). Trebuie precizat că Ştefan Minovici s-a remarcat şi ca specialist în depistarea falsurilor – în înscrisuri, de bancnote –, introducând metoda luminii electrice intense pentru a diferenția cernelurile suprapuse şi construind un aparat fotografic pentru evidențierea acestora; în anul 1900 a publicat lucrarea „Falsurile în înscrisuri şi fotografia în serviciul justiției", iar în anul 1934 înființează „Societatea română de grafologie." Din anul 1894 şi până în 1911 a condus laboratorul de chimie organică (toxicologie) din cadrul Institu-tului medico-legal, pe care l-a reorganizat şi modernizat.

Prin întreaga lor activitate, frații Minovici şi-au înscris numele în rândul celor mai importante personalități ale ştiinței româneşti şi în mod particular, în panoplia medicinei legale.

1.3. **Domeniul de activitate al medicinei legale**

În ceea ce priveşte domeniul sau obiectul activității de medicină legală, schematic acesta poate fi dicotomizat în:

– *tanatologie* medico-legală sau patologia medico-legală morfologică (morfologia medico-legală), care studiază aspectele legate de moarte (felul morții, cauzele morții, semnele morții etc.); activitatea prosecturală care se desfăşoară în cadrul acestui sector medico-legal este reprezentată de examinarea (externă şi internă) a cadavrului sau a fragmentelor de cadavru, indiferent de intervalul de timp (post-mortem) care a trecut până la examinarea medico-legală;

– *clinica* medico-legală sau patologia medico-legală clinică ce are ca obiect de studiu persoana (omul viu) sau documentele medicale ce aparțin acesteia, în scopul probării unor violențe exercitate asupra sa (examinarea medico-legală traumatologică), a posibilității executării pedepsei privative de libertate (expertiza medico-legală pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei ori a suspendării urmăririi penale /judecății pentru motive medicale), existenței discernământului (expertiza medico-legală psihiatrică) etc.

2. **CADRUL LEGISLATIV AL ACTIVITĂȚII ŞI STRUCTURA REȚELEI DE MEDICINĂ LEGALĂ DIN ROMÂNIA**

2.1. **Reglementarea activității de medicină legală**

Activitatea de medicină legală din România se desfăşoară în conformitate cu prevederile stipulate în următoarele acte normative:

– Legea nr. 459/2001 (publicată în M.O. al României, Partea I, nr. 418/27.07.2001), prin care a fost aprobată O.G. nr. 1/2000 (publicată în M.O. al României Partea I, nr. 22/21.01.2000) privind organizarea activității şi funcționarea instituțiilor de medicină legală.

– Legea nr. 271/2003 (publicată în M.O. al României, Partea I nr. 616/07.07.2004) prin care a fost aprobată O.G. nr. 57/2001 (publicată în M.O. al României, Partea I nr. 531/31.08.2001) pentru modoficarea şi completarea O.G. nr. 1/2000;

– Regulamentul de aplicare a dispozițiilor O.G. nr. 1/2000 privind organizarea activității şi funcționarea instituțiilor de medicină legală (publicat în M.O. al României, Partea I nr. 459/19.09.2000) aprobat prin H.G. nr. 774/2000 şi modificat prin H.G. nr. 1204/2002.

– Normele procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale (publicate în M.O. al României, Partea I, nr. 459/19.09.2000) aprobate prin ordinul comun al Ministerului Justiției (nr. 1 134/C/25.05.2000) şi al Ministerului Sănătății (nr. 2554/04.04.2000).

Prin aceste acte normative au fost înlocuite vechile reglementări referitoare la organizarea şi funcționarea rețelei de specialitate, cuprinse în Decretul nr. 446/1996 (publicat în M.O. al României nr. 27/07.05.1996) şi Hotărârea Consiliului de Miniştri nr. 1085/1996 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a Decretului nr. 446/1996.

2.2. **Principiile activității de medicină legală**

Din reglementările legale se pot desprinde următoarele elemente ce caracterizează activitatea de medicină legală, elemente care pot fi considerate ca având valoare de principii:

1. activitatea de medicină legală este parte integrantă a asistenței medicale; din această prevedere rezultă faptul că instituțiile medico-legale fac parte din structura organizatorică a Ministerului Sănătății;

2. activitatea de medicină legală se realizează de medici legişti încadrați în instituțiile medico-legale; la efectuarea lucrărilor de specialitate pot participa şi alți specialişti, cu studii superioare, din diverse domenii de activitate: medici (chirurgi, oftalmologi, anestezişti-reanimatori, psihiatri etc.), farmacişti, chimişti etc., care, prin cunoştințele de specialitate, vor conferi un grad superior de credibilitate şi în acelaşi timp de forță probatorie actului medico-legal;

3. activitatea de medicină legală asigură mijloace de probă cu caracter ştiințific atât organelor judiciare (organe de urmărire penală – procurori şi organe de cercetare penală, instanțe de judecată), cât şi persoanelor (fizice sau juridice) interesate;

4. instituțiile medico-legale sunt singurele unități sanitare în care se desfăşoară, potrivit legii, activitatea specifică medico-legală ce constă în: expertize, constatări, examinări asupra persoanelor şi cadavrelor, precum şi asupra produselor biologice, corpurilor delicte ori a documentelor (medicale) ce conțin elemente utile în conturarea concluziilor medico-legale, puse la dispoziție sau solicitate de instituția medico-legală;

5. activitatea de medicină legală se desfăşoară în baza unei metodologii unitare conform prezentelor norme legislative ori elaborate de Consiliul superior de medicină legală şi Ministerul Sănătății, potrivit legii;

6. activitatea de medicină legală este coordonată din punct de vedere administrativ de Ministerul Sănătății iar sub aspect ştiințific şi metodologic de Ministerul Sănătății şi Consiliul superior de medicină legală;

7. controlul şi evaluarea activității de medicină legală sunt asigurate de:

a) conducătorul instituției respective de medicină legală (director general, director, medic legist şef);

b) Consiliul superior de medicină legală;

c) Ministerul Sănătății;

d) Comisiile mixte;

e) Consiliul de analiză şi evaluare.

8. activitatea de medicină legală se desfăşoară cu respectarea principiului *independenţei* şi al *imparţialităţii* medicului legist:

a) conform principiului independenţei, în activitatea profesională specifică, pe care o desfăşoară, medicul legist nu poate fi constrâns în nici un fel; deci medicul legist va formula concluziile actului medico-legal, pe care-l întocmeşte, conform intimei convingeri pe care şi-o formează în legătură cu speţa respectivă, liber de orice influenţă morală sau pecuniară şi indiferent din partea cui provine. În acest sens, legislaţia medico-legală precizează (art. 3 – Legea 459/2001) că „orice ingerinţă în activitatea medico-legală este interzisă" (alin.1) iar „încălcarea prevederilor alin (1) atrage răspunderea administrativă, civilă sau penală, după caz (alin 2), precum şi faptul că (art. 11 – Legea 459/2001) „angajarea, transferul şi desfacerea contractului individual de muncă al personalului cu pregătire superioară din instituţiile de medicină legală se fac de organele competente, potrivit legii, cu acordul Consiliului superior de medicină legală";

b) principiul imparţialităţii interzice medicului legist să favorizeze vreuna dintre părţi (sau ambele!) prin modul în care întocmeşte actul medico-legal (în situaţia contrară se poate pune problema falsului intelectual); tocmai pentru a se asigura respectarea acestui principiu un medic legist care a întocmit un document medico-legal nu mai poate participa la redactarea unui alt act medico-legal, în aceeaşi speţă, care a fost solicitat în vederea confirmării (verificării, controlării) primului (spre exemplu la întocmirea unui raport de expertiză după un certificat medico-legal, sau a unui raport de nouă expertiză ori a unui aviz) şi ori de câte ori există situaţia de incompatibilitate, medicul legist este obligat să se abţină, declinându-şi competenţa;

9. activitatea de medicină legală se desfăşoară cu respectarea principiului *competenţei*; competenţa, la modul general, semnifică dreptul şi totodată obligaţia de a desfăşura o anumită activitate; în domeniul medico-legal, competenţa, privită ca „abilitatea medico-legală (Dongoroz) ce-i revine unei anumite instituţii medico-legale de a răspunde solicitărilor organelor abilitate sau persoanelor, poate fi (prin analogie cu competenţa în materie penală)":

• competenţă *teritorială*, conform căreia examinarea medico-legală iniţială se realizează la instituţia medico-legală la care este arondat domiciliul persoanei respective sau unde a fost săvârşită fapta;

prin acest tip de competență se realizează o diferențiere pe orizontală între instituțiile medico-legale;

- competența *funcțională*, ce se referă la categoriile de activități ce pot fi efectuate într-o instituție medico-legală; astfel, conform competenței funcționale după efectuarea unei examinări (de regulă, expertiză sau nouă expertiză medico-legală) la o instituție medico-legală ierarhic superioară nu se mai pot redacta alte documente, în aceeaşi cauză şi privind aceeaşi persoană de către o unitate medico-legală inferioară ierarhic, realizându-se, în acest mod, o diferențiere pe verticală a instituțiilor medico-legale.

2.3. **Structura rețelei de medicină legală**

Instituțiile în care se desfăşoară activitatea specifică de medicină legală sunt următoarele:

a) ***Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici”***, cu sediul în Bucureşti – unitate cu personalitate juridică, aflată în subordinea Ministerului Sănătății –, condus de către un director general numit prin ordin al ministrului sănătății, pe bază de concurs.

În cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici”:

• sunt organizate laboratoare (interioare) de: prosectură (tanatologie) medico-legală, medicină legală clinică, toxicologie, serologie, anatomie-patologică, genetică;

• îşi desfăşoară activitatea:

– Comisia de control şi avizare a actelor medico-legale;

– Comisia superioară medico-legală.

b) ***Institutele de medicină legală*** (fostele laboratoare exterioare de medicină-legală) în număr de 5, din centrele medicale universitare: Timişoara, Târgu-Mureş, Cluj-Napoca, Iaşi şi Craiova; sunt conduse de către un director, numit prin ordin al ministrului sănătății, pe bază de concurs; institutele medico-legale au personalitate juridică şi se află în subordinea Ministerului Sănătății. În cadrul institutelor de medicină legală funcționează câte o comisie de control şi avizare a documentelor medico-legale.

c) ***Serviciile de medicină legală județene*** (fostele laboratoare medico-legale județene) din fiecare județ, cu sediul în oraşul reşedință de județ; nu au personalitate juridică şi se află în subordinea direcțiilor

județene de sănătate publică; sunt conduse de către un medic legist şef numit de directorul direcției județene de sănătate publică şi sunt coordonate de institutele de medicină legală în a cărui competență teritorială se află.

d) ***Cabinetele de medicină legală***, aflate în structura organizatorică a serviciilor de medicină legală județene şi înființate în județele mari, îşi au sediul în alte localități decât cele reşedință de județ; sunt conduse de către un medic legist şef.

2.4. **Consiliul superior de medicină legală**

Noua structură creată în conformitate cu legislația menționată, ce coordonează activitatea de medicină legală din punct de vedere ştiințific şi metodologic împreună cu Ministerul Sănătății, pentru asigurarea unor practici medico-legale unitare, este alcătuită din:

– directorii institutelor de medicină legală;

– profesorii de medicină legală din țară;

– preşedintele comisiei de specialitate din Ministerul Sănătății;

– şeful comisiei de specialitate a Colegiului Medicilor din România;

– trei medici legişti din diferite servicii de medicină legală județene, numiți prin ordin la Ministerului Sănătății la propunerea directorului general al I.N.M.L. „Mina Minovici”;

– un reprezentant al Ministerului Sănătății, numit prin ordin al ministrului sănătății;

– un reprezentant al Ministerului Justiției, numit prin ordin al ministrului justiției;

– un reprezentant al Ministerului Public, numit prin ordin al ministrului justiției;

– un reprezentant al Ministerului Administrației şi Internelor, numit prin ordin al ministrului administrației şi internelor.

Consiliul superior de medicină legală este condus de un preşedinte care este desemnat prin votul majorității membrilor consiliului, pe o perioadă de 2 ani, cu posibilitatea reînnoirii mandatului.

Consiliul superior de medicină legală se întruneşte semestrial sau ori de câte ori este necesar, la cererea preşedintelui sau a cel puțin o treime din numărul membrilor săi.

2.5. **Comisiile mixte**

Comisiile mixte se constituie prin ordin comun al ministrului sănătății şi al ministrului justiției în vederea realizării controlului, verificării, ori de câte ori există indicii cu privire la nerespectarea dispozițiilor legale în desfăşurarea activității de medicină legală. Aceste comisii mixte sunt alcătuite dintr-un număr par de membri (minim 4), reprezentați prin:

– medici legişti, în activitate (din cadrul Ministerului Sănătății) cu gradul de medic primar;

– jurişti din cadrul Ministerului Justiției.

În componența comisiilor mixte numărul medicilor legişti trebuie să fie egal cu numărul juriştilor. Uneori, în funcție de specificul lucrărilor medico-legale supuse controlului în comisiile mixte pot fi cooptați şi alți specialişti din Ministerul Sănătății sau Ministerul Justiției.

Dintre membrii comisiei mixte sunt aleşi prin vot deschis, cu majoritatea simplă, preşedintele şi vicepreşedintele care vor asigura conducerea şi organizarea activității comisiei.

Evaluarea efectuată de comisia mixtă la solicitarea Ministerului Sănătății sau a Ministerului Justiției se concretizează într-un raport scris ce va fi supus analizei Consiliului de analiză şi evaluare a activității de medicină legală.

În situația în care sunt constatate nereguli cu privire la modul de desfăşurare a activității de medicină legală, care pot atrage responsabilitatea (şi sancțiunea) medicilor legişti respectivi, comisia mixtă poate sesiza, după caz, Colegiul Medicilor din România sau organele judiciare.

2.6. **Consiliul de analiză şi evaluare a activității de medicină legală**

Consiliul de analiză şi evaluare a activității de medicină legală a fost înființat în vederea evaluării activității de medicină legală şi a activității de control desfăşurate de comisiile mixte, fiind alcătuit din:

a) ministrul sănătății – în calitate de preşedinte;

b) ministrul justiției;

c) ministrul administrației şi internelor;

d) procurorul general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație şi Justiție;

e) directorul general al I.N.M.L. „Mina Minovici” Bucureşti;

f) directorii institutelor de medicină legală.

Consiliul se întruneşte semestrial sau ori de câte ori este necesar şi adoptă măsurile prin care poate fi îmbunătățită activitatea de medicină legală în vederea realizării unui act de justiție cât mai eficient.

3. **CAUZALITATEA DIN PERSPECTIVĂ MEDICO-LEGALĂ**

În medicina legală, cauzalitatea presupune folosirea, de regulă, a două noțiuni (de cele mai multe ori confundate între ele atât de către jurişti, cât şi de medicii legişti): legătura de cauzalitate şi raportul de cauzalitate.

3.1. **Legătura de cauzalitate**

Este o noțiune ce exprimă **corelația** (dependența) dintre traumatism şi prejudiciul generat (leziune traumatică sau deces); cu alte cuvinte, defineşte relația ce se poate stabili între acțiunea traumatică şi efectul (posttraumatic) constatat.

Legătura de cauzalitate poate fi:

■ **primară sau directă**

– *imediată/necondiționată*, calificată ca atare ori de câte ori între traumatism şi efect nu se interpune nimic (exemplu: aplicarea unei lovituri cu toporul în cap → deces).

– *mediată/condiționată*, ce se stabileşte atunci când între traumatism şi consecințele posttraumatice acționează se interpun factori preexistenți cu rol favorizant; în lipsa acestor factori preexistenți elementul traumatic nu ar fi fost suficient să genereze efectul!

Rezultă două posibilități:

• factorii preexistenți agravează efectele traumatismului (exemple: o plagă minoră şa un pacient hemofilic, urmată de sângerare masivă şi deces sau suprainfecția unei plăgi minore la un pacient diabetic, urmată de asemenea de deces);

• traumatismul agravează patologia preexistentă (exemplu: pacient cu fractură, de această dată cu transsecțiune medulară urmată e paralizie);

■ **secundară sau indirectă**

Se consideră legătură de cauzalitate indirectă atunci când între traumatism şi efect se interpune o complicaţie [exemplu: politraumatism rutier → spitalizare cu imobilizare în decubit dorsal → bronhopneumonie (de decubit) → deces];

■ **terţiară sau asociativă** (dublu condiţionată)

Acest tip de legătură ar putea fi stabilit atunci când, la realizarea efectului, participă atât patologia preexistentă, cât şi o complicaţie (apărută posttraumatic) a cărei etiopatogenie este greu sau chiar imposibil de apreciat în ce măsură ţine de fondul patologic preexistent (spre exemplu diabet zaharat – în evoluţia căruia o astfel de complicaţie era previzibilă) sau de efectele traumatismului în sine.

În concluziile expertizărilor medico-legale este necesar să se precizeze nu numai ***dacă există*** sau nu legătură de cauzalitate între traumatism şi efectul constatat, ci şi ***tipul*** *legăturii de cauzalitate* respective, pentru a putea oferi juristului posibilitatea gradării sancţiunii pe care o decide pentru fapta agresorului, în limitele stabilite de codul penal.

Legătura de cauzalitate trebuie stabilită indiferent dacă efectele traumatismului sunt locale, loco-regionale ori generale – faţă de regiunea interesată iniţial – sau dacă aceste efecte s-au produs imediat sau după un anumit interval de timp posttraumatic. Pentru a se putea afirma din punct de vedere medico-legal existenţa legăturii de cauzalitate este necesar:

– să existe o ***continuitate în timp*** a tulburărilor morfofuncţionale, o înlănţuire simptomatologică, morfo şi fizio-patologică obiectivabilă, neîntreruptă, între traumatism şi consecinţele lui, de la data traumatismului incriminat la data examinării persoanei;

– să existe o ***concordanţă de sediu*** între traumatism şi leziunea constatată (spre exemplu: mici echimoze la nivelul buzelor nu pot constitui argumentul traumatic în etiologia unei fracturi a dinţilor laterali, deci se vor descrie leziuni dento-alveolare limitate la un teritoriu inaccesibil acţiunii traumatice externe, fără corespondent lezional în imediata vecinătate);

– să se poată ***exclude orice altă cauză*** posibilă a leziunii respective;

– să se interpreteze corect şi obiectiv ***fondul patologic preexistent***, pentru a se putea face referiri ulterioare legate de gravitatea traumatismului suferit.

3.2. **Raportul de cauzalitate**

Raportul de cauzalitate este o noțiune ce presupune **compararea** leziunilor traumatice decelate şi a obiectelor traumatice care le-au generat, pentru ierarhizarea lor, deci se realizează o **discriminare** între cauzele concuratoare (asociate, de aceeaşi valoare sau adjuvante, neesențiale); această noțiune are aplicabilitate în cazul existenței mai multor agresori, pentru a se putea stabili, prin prisma leziunilor traumatice produse victimei, gravitatea faptei fiecăruia şi implicit sancțiunea juridică adecvată.

Astfel, o plagă perforantă a obrazului produsă cu un obiect dur de tip înțepător conferă o anumită gravitate faptei agresorului, spre deosebire de lovirea cu pumnul în regiunea mandibulară şi fractura dublă de mandibulă consecutivă, de care este învinuit un alt agresor.

Deci raportul de cauzalitate va folosi juristului pentru încadrarea diferențiată a faptelor, cu mai mulți agresori, în conformitate cu prevederile Codului penal, în funcție de gravitatea leziunii posttraumatice a cărui responsabilitate se atribuie fiecăruia în parte.

Din cele prezentate rezultă, în mod clar, că cele două noțiuni *legătura* şi *raportul de cauzalitate* nu sunt similare deşi, în activitatea practică, prin confuzie sunt folosite ca având acelaşi înțeles, ceea ce generează greutăți de interpretare juridică a concluziilor medico-legale.

4. ELEMENTE DE TANATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Tanatologia medico-legală studiază problematica morții organismului uman.

Denumirea de *tanatologie* rezultă din asocierea a două noțiuni:

– ***Thanatos*** = zeul morții, rod al incestului dintre Erebos (întunericul) şi Nix (noaptea), este fratele lui Hypos (somnul) – care a avut 1000 de copii printre care şi Morpheus, cel care inspiră şi transmite visele – şi apare întruchipat într-un bărbat voinic, bărbos, cu două aripi mari şi negre, înveşmântat cu o manta neagră; zeul are inimă de fier şi suflet de aramă şi cu sabia, pe care o ține în mână, taie o şuviță din părul muribundului şi îi smulge sufletul; în mitologia greacă este reprezentat alături de o lumânare ce se stinge treptat;

– ***logos*** – cuvânt, idee, rațiune, ordine.

4.1. **Definiția morții şi a vieții**

Moartea, ce reprezintă un moment în evoluția viului şi un proces în existența individului, este definită prin *încetarea definitivă şi ireversibilă a vieții prin oprirea funcțiilor vitale (cardio-circulatorie şi respiratorie) ce determină dispariția individului ca entitate biologică.*

În opoziție cu moartea, **viața**, această „minciună perfectă şi perpetuă” (Arthur Schopenhauer, 1788-1860), este considerată *o formă superioară de mişcare a materiei, reprezentând o sinteză a tuturor proceselor mecanice, fizice şi chimice care au loc în organism şi care se caracterizează prin: metabolism, (auto)reproducere, reactivitate/excitabilitate, variabilitate şi evoluție.*

Deci, viața şi moartea reprezintă două aspecte ale aceleiaşi realități, astfel încât moartea, ce survine ca o necesitate biologică, asigură nu numai selecția naturală dar şi evoluția umanității; aşa cum

moartea celulelor este utilă organismului, în acelaşi mod, moartea individului este utilă (evoluţiei) speciei.

4.2. **Etapele morţii**

Indiferent de felul şi/sau cauza morţii, organismul uman parcurge următoarele etape sau faze evolutive, aflate la limita (pasajul) viaţă-moarte, până la instalarea morţii definitive, ireversibile. Aceste etape sunt: agonia, moartea clinică şi moartea biologică sau definitivă.

4.2.1. *Agonia* („*viaţă redusă*")

Este o etapă premergătoare (sau iniţială) a morţii, o etapă de „luptă" (de la grecescul *agon* = luptă) în care fenomenele tanatologice se impun faţă de fenomenele biologice; în consecinţă se produce o *diminuare* a funcţiilor vitale (cardio-circulatorie şi respiratorie) şi alterarea, până la dispariţie a funcţiilor vieţii de relaţii.

1. *Fazele agoniei;* în evoluţia sa agonia parcurge următoarele faze:

– euforică sau de preagonie; individul prezintă o stare de excitaţie psiho-motorie (mişcări dezordonate), este neliniştit, uneori logoreic, cu respiraţie rapidă şi superficială (tahipnee), dar regulată;

– de „privire fixă"; apar transpiraţii reci, cianoza extremităţilor, respiraţia devine neregulată, pulsul slab etc.;

– de imobilitate, când extremităţile se răcesc şi simţurile dispar progresiv (primul dispare văzul, iar ultimul auzul).

2. *Formele agoniei*; în funcţie de felul tulburărilor de conştienţă sunt descrise:

– agonia conştientă sau lucidă, când individul este prezent în mediu, poartă conversaţii, îşi urmăreşte parametrii funcţionali: puls, ritm respirator etc. (Bacovia, F. Reiner etc.);

– agonia inconştientă sau delirantă cu exprimări incoerente, halucinaţii etc. (Napoleon striga „trăiască armata", Goethe cerea „mai multă lumină", Proust etc.);

– agonia alternantă, în care perioadele de luciditate alternează cu cele delirante (într-o astfel de perioadă W.A.Mozart a văzut omul care i-a recomandat Requiem-ul).

Dată fiind existenţa tulburărilor psihice agonicii sunt consideraţi iresponsabili pentru faptele sau actele comise; în materie civilă (testament, donaţii, adopţii, căsătorii etc.), actele încheiate au valoare legală dacă se poate demonstra ştiinţific, de către expertul medico-legal că, în momentul întocmirii/semnării acelui document, persoana respectivă avea discernământul necesar înţelegerii semnificaţiei, consecinţelor gestului său (acest lucru se poate realiza în urma efectuării unei expertize medico-legale psihiatrice).

3. *Durata agoniei* cuprinde intervalul de timp la debutul manifestărilor până la încetarea funcţiilor vitale (cardio-circulatorie şi respiratorie) şi instalarea morţii clinice.

În funcţie de cauza care a determinat decesul pot exista agonii:

– lungi (zile, ore, minute) = în boli cronice, hemoragii interne etc.;

– scurte (minute, secunde) = în asfixii mecanice, intoxicaţii (paration, cianuri etc.);

– absente, cum este cazul zdrobirilor de organe vitale.

4.2.2. *Moartea clinică (moartea relativă)*

Este o etapă intermediară (între viaţă şi moartea definitivă), ireversibilă spontan, care se caracterizează prin *încetarea* funcţiilor vitale (vegetative): cardio-circulatorie şi respiratorie.

Această etapă durează din momentul încetării funcţiilor vitale până la instalarea leziunilor ireversibile la nivelul sistemului nervos central (moartea creierului fiind criteriul morţii organismului). Deoarece neuronii (celulele sistemului nervos) au o rezistenţă scăzută, de ordinul minutelor la lipsa oxigenului – neuronii corticali, aproximativ 3 minute, cei subcorticali, 5-10 minute, cei din trunchiul cerebral 30-40 minute (încetarea activităţii acestor neuroni determină dispariţia reflexului cornean şi a reflexului fotomotor) – se consideră că, în lipsa aplicării metodelor de resuscitare cardio-circulatorii şi respiratorii, moartea clinică nu poate dura mai mult de 5 minute, interval de timp după care se instalează encefalopatia anoxică, cu apariţia leziunilor ireversibile la nivelul neuronilor scoarţei cerebrale.

În condiţii de hipotermie (care reduce necesarul de oxigen, prin scăderea funcţiilor organismului, inclusiv a celor vitale), se apreciază că durata morţii clinice poate creşte până la 15-20 minute (au fost puse

în evidență gene responsabile de inducerea stării de hipotermie: gena PL care ar influența gradul de percepție a temperaturii scăzute şi gena PDK-4, care ar influența metabolismul).

Pe aceste considerente se acceptă că instituirea metodelor de terapie intensivă după mai mult de 10 minute de la debutul morții clinice este inutilă, cu excepția:

– prematurilor şi noilor născuți care au o rezistență mai mare la lipsa de oxigen;

– intoxicațiilor cu tranchilizante şi hipotermiilor, care reduc metabolismul cerebral;

– gravidelor, pentru salvarea copilului.

Instituirea măsurilor de protezare cardio-circulatorie şi respiratorie, într-un interval de timp optim (de la debutul morții clinice), poate readuce individul la viață, fără ca la nivelul sistemului nervos central să se instaleze leziunile (anoxice) ireversibile.

Moartea clinică este un fenomen comun atât morților violente, cât şi celor neviolente, indiferent de cauza care a inițiat „lanțul" tanatogenerator.

4.2.3. *Moartea biologică (moartea reală sau definitivă)*

Este o etapă ireversibilă (nici *spontan* şi nici *artificial*, prin metode de resuscitare, individul nu va mai putea reveni la viață) a procesului tanatogenerator, caracterizată prin *încetarea* funcțiilor vitale şi *apariția* leziunilor ireversibile la nivelul sistemului nervos central.

După instalarea morții reale pot fi puse în evidență semnele morții şi pentru un timp (diferit de la un organ/țesut la altul, în funcție de rezistența acestora la lipsa oxigenului) mai persistă manifestările postvitale.

Etapele morții, descrise mai sus, sunt confundate, destul de frecvent, cu alte stări particulare ale organismului uman, care au drept numitor comun alterarea stării de conştiență; acestea au fost denumite, în mod impropriu şi „stări intermediare", între viață şi moarte sau „stări de frontieră"; în categoria acestora sunt incluse:

• *moartea aparentă* („viața minimă"), ce se caracterizează printr-o reducere foarte accentuată a funcțiilor vitale şi a activității sistemului nervos care nu pot fi puse în evidență prin metode clinice sau, uneori

nici prin metode paraclinice; dintr-o astfel de stare individul poate reveni la viață.

Moartea aparentă se poate instala în hipotermii, electrocuții, hidrocuții, intoxicații cu oxid de carbon sau în urma administrării unor substanțe anestezice, după emoții puternice etc. În literatura de specialitate sunt descrise cazuri în care la exhumare cadavrele au fost găsite, în sicriu, cu poziția schimbată, cu diverse urme care indicau încercarea celui îngropat de a ieşi din coşciug, cazuri de întoarceri de la morgă sau ridicări din coşciug în perioada de dinaintea îngropării celui considerat mort etc., toate acestea fiind dovezi ale unei examinări superficiale a presupusului cadavru de către cel care eliberează actul constatator al decesului; de fapt acest document trebuie emis numai după 24h de la producerea decesului, tocmai pentru a evita astfel de situații.

• *viața vegetativă* (abolirea vieții de relație, comă profundă) cu menținerea *spontană*, la un prag scăzut a funcțiilor vitale cardio-circulatorie şi respiratorie.

• *comă depăşită* – stare caracterizată prin suprimarea vieții de relație cu menținerea *artificială* (prin metode de reanimare/terapie intensivă) a funcțiilor vitale; deconectarea de la aparatele de susținere a funcțiilor cardio-circulatorie şi respiratorie produce traseu izoelectric pe EKG (moartea cordului) şi oprirea respirației; în starea de comă depăşită individul este decerebrat (moarte corticală) cu traseu EEG izoelectric.

• *coma* (somnul profund) este o stare patologică, de inhibiție a activității nervoase superioare, caracterizată prin pierderea parțială sau totală a conştienței, a mobilității voluntare şi a sensibilității conştiente cu *păstrarea* (la parametri din ce în ce mai reduşi, în funcție de gradul stării de comă) a funcțiilor vegetative fundamentale: cardio-circulatorie şi respiratorie:

– comă grad I = subcomă = comă vigilă;
– comă grad II = coma propriu-zisă;
– comă grad III = coma profundă = coma carus;
– comă grad IV = coma depăşită;

În prezent, profunzimea stării de comă se poate aprecia (în România), în funcție de răspunsul motor (1-6p), ocular (1-4p) şi verbal (1-5 p) la stimuli – scala Glasgow (între 1-15 puncte) sau de reacția la

stimuli (verbali şi dureroşi) stabilitatea funcţiilor vitale şi prezenţa reflexelor de trunchi cerebral – scala Reed (0-4).

• *sincopa* – pierderea bruscă şi de scurtă durată a conştienţei (prin anoxie cerebrală) generată de oprirea circulaţiei sanguine şi/sau a respiraţiei: sunt descrise multiple forme de sincope: cardiace, (vaso) vagale (sincopa emotivă, hipertermică, la durere, după consum de alcool, la bărbierit etc.), (vago) vagale (sincopa de micţiune, sincopa la tuse) etc.

• *lipotimia* (leşinul) – sincopa falsă, caracterizată prin abolirea de scurtă durată a stării de conştienţă, însoţită de pierderea tonusului postural, dar cu menţinerea funcţiilor vitale la parametri optimi.

4.3. **Semnele morţii**

Realitatea decesului unei persoane poate fi susţinută pe baza semnelor morţii; acestea pot fi clasificate în: semne negative de viaţă şi semne pozitive de moarte.

4.3.1. *Semnele negative de viaţă*

Semnele negative de viaţă prezintă următoarele caracteristici:

✓apar imediat după încetarea funcţiilor vitale (cardio-circulatorie şi respiratorie);

✓au valoare orientativă, nepermiţând susţinerea diagnosticului de moarte reală; sunt prezente şi în sincope, lipotimii, moarte aparentă etc.;

✓sunt date de alterarea „trepiedului vital”: creier (activitatea sistemului nervos) – cord (activitatea sistemului cardio-circulator) – plămân (activitatea sistemului respirator).

Din categoria semnelor negative de viaţă fac parte:

• aspectul general şi poziţia corpului, determinate de pierderea tonusului postural (se constată poziţii ciudate care nu se întâlnesc la omul viu) însoţită uneori de relaxare sfincteriană (urme de urină, fecale, lichid seminal); pleoapele sunt întredeschise, gura deschisă (prin căderea mandibulei), musculatura flască, pielea ceroasă cu elasticitatea pierdută, degetele mâinilor în semiflexie, vârfurile picioarelor rotate spre lateral etc.

• midriază fixă – dilatarea pupilei peste 4 mm, ce nu răspunde (nu se produce mioză = contracția pupilei sub 2 mm) la stimulul luminos (reflexul fotomotor);

• lipsa reflexelor;

• lipsa respirației, ce se poate pune în evidență prin:

– imobilitate toraco-abdominală;

– nu se percepe respirația (laringian, toracic);

– oglinda pusă în dreptul orificiilor respiratorii nu se abureşte;

– apa nu se mişcă în vasul aşezat pe torace etc.

• lipsa activității cardio-vasculare; se poate stabili prin:

– nu se percep contracțiile inimii;

– nu se simte pulsul;

– ligatura/compresia unui deget nu determină apariția cianozei locale;

– dacă se înțeapă corpul din locul respectiv nu se scurge sânge etc.

4.3.2. *Semnele pozitive de moarte*

Semnele pozitive de moarte, denumite şi modificări (fenomene) cadaverice, sunt considerate *semnele morții reale* sau semnele de certitudine ale decesului. În funcție de intervalul de timp după care apar, acestea pot fi clasificate în: semne pozitive de moarte precoce şi tardive.

4.3.2.1. Semnele pozitive precoce de moarte

a) *răcirea cadavrului* (algor mortis)*:*

– este fenomenul de cedare a căldurii, către exterior, datorită lipsei circulației sanguine (care uniformizează temperatura corpului), mai rapid sau mai lent în funcție de temperatura mediului ambiant;

– temperatura scade de la suprafață spre interior; zonele descoperite se răcesc mai repede; cadavrele hiperponderale se răcesc mai greu;

– în cazul unui adult normostenic, la o temperatură a mediului de 15-18 grade C se pierde inițial 1 grad C/h, în primele ore, ulterior 2 grade C/h;

– ordinea răcirii pentru diversele segmente corporale: mâna – 1 oră; fața – 2 ore; picioare – 3-4 ore; trunchiul – 8-12 ore; organele interne – 20 ore.

– diagnosticul de moarte reală se pune atunci când temperatura măsurată intrarectal este de 20 grade C; această temperatură se atinge după aproximativ 10-12 ore de la deces;

– are o valoare orientativă în stabilirea datei (orei) morții, deoarece este influențată în mod direct de temperatura mediului în care a stat cadavrul.

b) *deshidratarea*

– se produce datorită diminuării lichidelor din zonele/straturile superficiale ale pielii, prin evaporare, în condițiile întreruperii circulației sanguine (ce asigură irigarea țesuturilor);

– apare mai repede acolo unde pielea:

• este mai subțire: buze, ochi, scrot, vârfurile degetelor, vârful nasului;

• a fost traumatizată (în timpul vieții sau postmortem): excoriații, plăgi, șanț de spânzurare sau de ştrangulare, zone (toracice) post stimulare cardiacă electrică etc.;

– prin deshidratare se produc zonele de pergamentare ce apar sub forma unor arii sau zone gălbui – brune, uscate, întărite/dure, uneori deprimate (sub planul tegumentului din jur); buzele se încrețesc (apar zbârcite), devin aspre, cu aspect castaniu; la ochi, dacă post-mortem pleoapa rămâne deschisă, în fanta palpebrală apare „pata lui Liarché” (colorație brună sau brun-roşietică), apoi ochiul se opaciază şi devine moale.

– nu are valoare în stabilirea datei morții;

c) *lividitățile cadaverice* (*livor mortis*; *lividus* = vânăt):

– sunt pete roşietice-violacee ce apar prin distribuția/acumularea sângelui în zonele declive, „de jos” ale cadavrului, sub influența forței gravitaționale şi în lipsa circulației sângelui, prin sistemul închis al vaselor de sânge, datorită întreruperii contracțiilor cardiace (este sistată funcția de pompă a inimii);

– în evoluția lor lividitățile cadaverice parcurg următoarele faze:

• *faza de hipostază* [faza „de coborâre” a sângelui aflat în vasele sanguine; debutează la aproximativ 3-60 minute de la deces sub forma

unor pete dispersate care ulterior se întind progresiv şi vor conflua; dispar la presiune şi se redistribuie în raport cu noile zone declive, dacă se modifică poziția cadavrului];

• *faza de difuziune* [când o parte a sângelui iese din vas, difuzând în țesutul adiacent; la presiune digitală „pălesc” (nu dispar complet) şi dacă se schimbă poziția cadavrului lividitățile inițiale se mențin (uneori pot fi constatate modificări de intensitate a colorației), dar apar noi lividități, în raport cu noile zone declive ale cadavrului];

• *faza de imbibiție* [cea mai mare parte a sângelui (hemolizat), trece în țesutul din jur „îmbibându-l”; la presiune sau la schimbarea poziției cadavrului lividitățile nu se modifică];

– zonele/punctele de sprijin ale cadavrului, sau regiunile comprimate de îmbrăcăminte (curea, guler etc.) nu prezintă niciodată lividități cadaverice;

– reprezintă cel mai sigur şi precoce semn la morții reale; apariția lividităților va determina întreruperea manevrelor resuscitatorii;

– pot indica:

• *timpul* care a trecut de la deces (împreună cu celelalte semne ale morții şi în special cu rigiditatea cadaverică);

• *poziția* sau modificarea poziției cadavrului;

– uneori pot orienta asupra cauzei morții; în intoxicația cu oxid de carbon sau cu cianuri, sunt roşii-carmin, în intoxicația cu nitriți sunt brune etc.

d) *rigiditatea cadaverică* (*rigor mortis*; înțepenire sau redoare cadaverică):

– este consecința întăririi/contracturii muşchilor scheletici;

– se pune în evidență la nivelul articulațiilor;

– se instalează în sens cranio-caudal (legea lui Nysten); la cadavrele la care planul membrelor pelvine este situat deasupra planului capului (poziția Trendelenburg) rigiditatea se instalează în sens caudo-cranian (inversul legii lui Nysten);

– dispare în aceeaşi ordine în care a apărut (legea lui Nysten).

După relaxarea musculară inițială, postmortem, rigiditatea parcurge următoarele etape sau stadii:

• *de instalare* [apare la 1-3 ore de la deces inițial la muşchii masticatori şi la muşchii cefei, pentru ca ulterior să cuprindă în sens descendent celelalte grupe musculare];

• *de stare* [este completă şi totală];
• *de rezoluție*.

e) *autoliza* – fenomen cadaveric distructiv, precoce care se desfăşoară în absența microbilor, sub influența enzimelor proprii organismului, precedând putrefacția împreună cu care determină ramolirea şi lichefierea țesuturilor şi organelor.

4.3.2.2. Semnele pozitive tardive de moarte

În funcție de conservarea aspectului cadavrului (inclusiv a leziunilor traumatice), deci de posibilitatea identificării ulterioare (după o perioadă mai îndelungată de timp) semnele sau modificările pozitive tardive de moarte, pot fi distructive, semiconservatoare sau conservatoare.

A. ***Modificări distructive***:

1. *putrefacția* = proces cadaveric distructiv tardiv, ce se desfăşoară sub influența germenilor microbieni (aerobi şi anaerobi), continuând autoliza şi generând, în final, descompunerea cadavrului (țesuturile şi organele se transformă într-o magmă negricioasă cu miros neplăcut ce se scurge, îmbibând îmbrăcămintea cadavrului, solul, sicriul); se manifestă prin:

– pata verde de putrefacție;
– circulația postumă;
– flictenele (bulele) de putrefacție;
– mirosul pestilențial.

Condițiile care favorizează putrefacția sunt:

– temperatura = între 20 şi 35 grade C; sub 20 grade C putrefacția încetineşte, iar la 0 grade C este oprită; temperaturile ridicate, prin distrugerea bacteriilor de putrefacție inhibă procesul putrefacției şi favorizează apariția mumificării;
– ventilația bună (abundența de O_2);
– umiditatea.

Reguli de apreciere cronologică a putrefacției:

– cifra care indică zilele iarna, indică orele vara (regula Devergie);
– putrefacția începe în a 2-a zi de vară şi în a 8-a zi de iarnă; putrefacția este întârziată cu 1 lună față de vară (regula Laccasagne);

– 1 săptămână de putrefacție în aer = 2 săptămâni de putrefacție în apă = 8 săptămâni de putrefacție în sol (regula lui Caspers).

2. *Distrugerea cadavrului* de către:

– viețuitoare (animale, insecte etc.); spre exemplu, în lunile calde (aprilie-octombrie), la câteva ore de la deces, pe cadavrele descoperite se pot observa ouă de muşte: musca albastră, apoi musca verde (musca de cameră nu depune ouă pe cadavru) sub forma unor grămezi gălbui-albicioase, („scrumul de țigară”); după 8-25 ore din ouă ies larvele care sapă în profunzime conferind pielii un aspect ciuruit.

Deoarece muştele îşi depun ouăle în cursul după-amiezii prezența ouălelor pe cadavru orientează asupra faptului că „peste cadavru a trecut o noapte.”

– om, în mod intenționat sau accidental, prin metode fizice (incinerarea), chimice (substanțe caustice) sau mecanice prin depesaj.

B. ***Modificări semiconservatoare***; cadavrul mai poate fi identificat şi eventualele leziuni traumatice (externe) mai pot fi recunoscute, dar cu oarecare dificultate. În rândul manifestărilor semiconservatoare se descrie *adipoceara* (saponificarea sau săpunul de cadavru). Acest fenomen cadaveric tardiv apare, după putrefacție, care macerează pielea şi permite contactul apei cu țesutul adipos (gras); formarea săpunului de cadavru inhibă putrefacția.

Condițiile de mediu prielnice saponificării:

– mediu umed (bălți, lacuri, latrine etc.);
– oxigen în cantitate redusă (absent);
– temperatură ridicată.

Saponificarea care începe după 3-4 săptămâni, la copii şi după aproximativ 4 săptămâni la adult (la suprafață) şi se termină, la copil în 3-4 luni iar la adult după 8-10 sau chiar 12 luni modifică aspectul cadavrului care apare acoperit (în totalitate sau parțial) de o substanță alb-cenuşie sau alb-gălbuie, de consistență scăzută, unsuroasă, gelatinoasă, cu miros de brânză râncedă; în contact cu aerul adipoceara se usucă, devine sfărâmicioasă, cu aspect grunjos, cenuşiu, iar în timp capătă tentă negricioasă.

C. ***Modificări conservatoare***:

1. ***Naturale***

a) *mumificarea*, presupune deshidratarea generalizată a cadavrului; se produce în condiții de mediu favorabile reprezentate prin:

– temperatură crescută;
– ventilație bună;
– umiditate scăzută sau absentă.

Cadavrul unui adult se mumifică în 1-3 luni şi capătă un aspect uscat, de volum redus, cu pielea încrețită, de consistență crescută şi o colorație cafenie-castanie (pergamentat).

b) *lignifierea* sau tăbăcirea, este o formă particulară de mumifiere ce se produce în mediile bogate în acid tanic şi humic, cu reacție acidă puternică (mlaştini acide, terenurile de turbă); cadavrul este de volum redus cu pielea dură, brună (= cadavrul lemnos).

c) *pietrificarea* = mineralizarea; se produce prin mineralizare postmortem (cu săruri de calciu); se întâlneşte în special la feții morți şi retenționați intrauterin (litopedion = pietrificarea în întregime a fătului).

d) *congelarea* (înghețarea):

– cadavrul se păstrează pe perioade indefinite;
– după dezghețare putrefacția avansează foarte rapid;
– lividitățile cadaverice sunt roşii-aprinse;
– pielea nu se mobilizează pe planurile subiacente, cu care formează un bloc rigid.

2. ***Artificiale***

– menținerea în camere frigorifice;
– îmbălsămarea;
– plastifierea.

4.4. **Clasificarea medico-legală a morții – felul morții**

Din perspectivă medico-legală şi juridică, prin prisma împrejurărilor în care a survenit decesul unei persoane, în scopul elucidării cauzelor, condițiilor şi circumstanțelor ce au determinat sau contribuit la producerea morții, după efectuarea autopsiei, se poate vorbi de moarte violentă şi de moarte neviolentă. Înainte de efectuarea autopsiei, de regulă la cercetarea ce se întreprinde la fața locului, se acceptă o formă intermediară, cu caracter provizoriu (respectiv până după efectuarea autopsiei) între cele două feluri de moarte menționate şi anume moartea suspectă de a fi violentă.

4.4.1. *Moartea neviolentă*

Moartea neviolentă este moartea care se produce fără a se încălca dreptul la viață al ființei umane şi/sau fără intervenția unui agent traumatic extern organismului; determinată exclusiv de cauze interne, moartea neviolentă poate fi:

– *naturală* (moartea „de bătrânețe”) – ce survine la vârste înaintate, prin procesul fiziologic de îmbătrânire a organismului; este o situație excepțional de rar întâlnită, deoarece, de cele mai multe ori în determinismul morții intervine o boală sau un traumatism;

– *patologică* – moartea ca eveniment final al evoluției unei afecțiuni, boli organice etc.; este cel mai frecvent tip de deces şi, de fapt, face obiectul disciplinei de anatomie patologică. Moartea patologică se poate produce lent (spre exemplu după spitalizări de lungă durată pentru cancer, tuberculoză, ciroză hepatică etc.) sau rapid (spre exemplu un infarct miocardic, sau după un accident vascular cerebral etc.).

4.4.2. *Moartea violentă*

Moartea violentă poate fi definită ca fiind moartea ce se produce ca urmare a nerespectării dreptului la viață al ființei umane, datorită intervenției unui agent traumatic (factor) extern organismului.

Întrucât în marea majoritate a cazurilor este rezultatul încălcării relațiilor sociale ce se nasc în jurul şi datorită bunului cel mai de preț al omului (dreptul la viață) ori de câte ori un deces este etichetat, din punct de vedere medico-legal, ca fiind violent, se vor declanşa procedurile judiciare specifice, astfel încât să se poată stabili împrejurările în carte a survenit moartea persoanei respective, forma de vinovăție cu care a fost produsă şi în consecință dacă se impune aplicarea unei sancțiuni juridice.

Moartea violentă poate surveni în următoarele împrejurări:

a) *accidente*, situație în care forma de vinovăție este culpa, fie a persoanei însăşi (spre exemplu, nerespectarea regulilor de protecția muncii, conducerea unui autovehicul cu defecțiuni mecanice majore sau sub influența băuturilor alcoolice etc.) cu pierderea controlului autovehiculului şi producerea unui accident cu decesul şoferului etc.) fie a autorului; deci moartea se produce întâmplător, fără să se fi urmărit

ori acceptat deznodământul fatal (accidente de muncă, casnice, rutiere, feroviare etc.).

Tot în categoria morților violente-accidentale este inclus şi decesul, consecință a unor *deficiențe, greşeli în activitatea de asistență sanitară*, respectiv o conduită terapeutică inadecvată situației respective: tratament incorect efectuat sau aplicat cu întârziere, nesupravegherea competentă a pacientului etc. Decesul, rezultat ca urmare a încălcării normelor deontologice medicale, poate surveni, referindu-ne la cauza tanatoinițială:

• (şi) când procesul tanatogen este declanşat de acțiunea unui agent traumatic exogen (deci ar fi vorba de o moarte violentă): [exemplu: traumatism abdominal prin agresiune → ruptură de splină → nu se intervine operator în timp util → deces prin hemoragie internă];

• (şi) când cauza tanatoinițială este reprezentată printr-o boală, afecțiune internă (deci o moarte neviolentă) care a fost neglijată sau tratată cu superficialitate de către medic.

[exemplu: apendicită acută →nu se intervine chirurgical la timp, temporizându-se în mod nejustificat tratamentul operator → peritonită → stare toxico-septică → deces].

În aceste situații, moartea este considerată violentă, din punct de vedere medico-legal şi juridic, deoarece medicul, prin pregătirea şi calificarea pe care o are, este obligat să intervină competent (calificat) pentru a „rupe lanțul tanatogenerator”; neacordarea ajutorului pe care era obligat să-l asigure pacientului, a făcut ca acesta să-şi piardă viața şi în consecință medicul este responsabil.

b) *sinucideri*, acte autolitice produse, de cele mai multe ori, cu intenție (directă) dar şi, în unele cazuri, din culpă, accidental spre exemplu în încercarea iluzorie de obținere a satisfacției erotice pe alte căi decât cele naturale, multe persoane, de regulă tinere, au decedat prin diverse forme de asfixie mecanică (sufocare prin introducerea capului în pungi de plastic etanşe etc.) fără a se putea proba atingerea voluptății, a orgasmului (a se vedea în acest sens şi relatările prof. N. Minovici după experiențele proprii de spânzurare); de fapt, în astfel de situații se poate afirma că fantasma tentației obținerii plăcerii este înlocuită cu realitatea crudă a decesului.

Acceptat sau anatemizat suicidul „vero” (reuşit) – act autolitic care, în funcție de societate, religie etc., a fost fie dezaprobat, fie acceptat, nu este un act izolat, întâmplător în existența individului ci presupune parcurgerea unor etape (sinucidație → sinucidacție → traumatizație – după prof. V.T. Dragomirescu) în care ideea de sinucidere odată inoculată parazitează activitatea psihică a individului, îl determină să elaboreze planul suicidar (locul, momentul, modalitatea) pentru ca, în final, să devină realitate, să se materializeze.

c) *crime*, omucideri heteroagresive, produse cu intenție (directă sau indirectă) ori cu praeterintenție; tot în această categorie a omuciderilor este inclus şi omorul săvârşit la rugămintea sau cu acceptul victimei.

d) *execuție capitală* (pedeapsa cu moartea) este o împrejurare particulară de deces a unei persoane care a fost condamnată printr-o hotărâre definitivă şi irevocabilă a unei instanțe de judecată legal investită; în această situație se poate vorbi de existența unei duble intenții directe – atât a instanței de judecată, cât şi a făptuitorului care, în această situație, prin excepție, este exonerat de răspundere. Problemă controversată în lumea contemporană (părerile fiind atât pro cât şi contra) pedeapsa cu moartea se realizează cel mai frecvent prin: decapitare (mai ales în trecut), spânzurare (mai rar), electrocuție pe „scaunul electric” sau prin injecție letală.

Indiferent de intervalul de timp care a trecut de la momentul/ evenimentul traumatic şi decesul persoanei, rolul medicului legist constă în a stabili dacă există sau nu legătură de cauzalitate între traumatismul incriminat şi moartea individului; acest lucru nu este întotdeauna simplu de realizat datorită particularităților de evoluție (mai ales posttraumatică) a fiecărei ființe umane.

4.4.3. *Moartea suspectă de a fi violentă*

Aşa cum am precizat, înainte de efectuarea autopsiei medico-legale, (inclusiv a investigațiilor tanatologice de laborator), cu ocazia cercetărilor judiciare efectuate la fața locului sau în cadrul anchetei preliminare, declanşate cu ocazia descoperirii unui cadavru uman, la limita dintre cele două tipuri, diametral opuse de moarte (violentă şi neviolentă) poate fi descrisă moartea *suspectă de a fi violentă*;

denumită şi obscură (O.M.S.) care, datorită cauzelor şi condițiilor/ circumstanțelor în care se produce, poate fi inclusă fie grupa morților violente, fie în cea a celor neviolente (după efectuarea autopsiei). Spre exemplu: moartea indivizilor tineri sau a persoanelor aflate în misiuni oficiale, a deținuților, a celor ce ocupă funcții publice, moartea după traumatisme minore etc., va ridica întotdeauna semne de întrebare, care nu vor putea fi eliminate (printr-o argumentație obiectivă) în lipsa unei autopsii oficiale.

Se consideră moarte suspectă de a fi violentă în următoarele situații:

a) decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului, a fost verificată periodic din punct de vedere medical;

b) deces care survine în timpul unei misiuni de serviciu, în incinta unei întreprinderi sau instituții;

c) deces care survine în custodie (moartea persoanelor aflate în detenție sau private de libertate, în spitalele psihiatrice, decesele în spitale penitenciare, în închisoare sau în arestul poliției), moartea asociată cu activitățile poliției sau armatei în cazul în care decesul survine în cursul manifestațiilor publice sau orice deces care ridică suspiciunea nerespectării drepturilor omului, cum este suspiciunea de tortură sau orice altă formă de tratament violent sau inuman;

d) multiple decese repetate, în serie sau concomitente într-o comunitate;

e) cadavre neidentificate sau scheletizate;

f) decese survenite în locuri publice sau izolate;

g) când moartea survine la scurt interval de timp (de regulă, până la 24 ore) de la internarea într-o unitate sanitară, timp în care nu s-a putut stabili un diagnostic (prin care să se poată explica decesul), care să excludă o moarte violentă;

h) când moartea este pusă în legătură cu o deficiență în acordarea asistenței medicale sau în aplicarea măsurilor de profilaxie ori de protecție a muncii;

i) decesul pacientului a survenit în timpul sau la scurt timp după o intervenție diagnostică sau terapeutică medico-chirurgicală.

j) moartea subită (deces survenit brusc, rapid, în plină stare de sănătate, la o persoană fără o patologie diagnosticată ori cu o afecțiune cronică, aflată în tratament şi a cărei evoluție nu presupunea acest deznodământ).

k) moartea prin inhibiție (moartea reflexă), ce se produce la indivizi sănătoşi (cu „autopsie albă”), dar cu o reactivitate particulară, la care datele de anchetă pun în evidență un moment traumatic, petrecut cu puțin timp anterior decesului, asupra unei zone recunoscute ca reflexogene:

– subcutanată: regiunea laringiană, regiunea epigastrică, scrotul, fața anterioară a tibiei, globii oculari (prin comprimare);

– mucoasă: laringiană, a colului uterin, a anusului (dilatarea bruscă → deces);

– seroasă: pleure, uneori pericard sau peritoneu (la puncții).

e) moartea funcțională sau moartea dinamică (Claude Bernard) în care la autopsie nu se pun în evidență nici un fel de leziuni sau modificări organice („autopsie albă”) iar din datele de anchetă nu se pot obține elemente care, măcar să sugereze o acțiune traumatică.

5. AUTOPSIA MEDICO-LEGALĂ

5.1. Definiție

Sinonimă cu **necropsia** (*necro* = mort, cadavru + *opsis* = vedere) autopsia medico-legală, aşa cum indică şi denumirea, este o activitate specifică instituției medico-legale, ce constă în examinarea completă, externă şi internă, macroscopică şi de laborator (microscopică, toxicologică, serologică etc.) a cadavrului uman, pentru aflarea cauzelor decesului (inițială-intermediară-imediată şi eventual favorizantă) în vederea stabilirii felului şi a împrejurărilor în care s-a produs moartea.

Facem precizarea că noțiunea de cadavru, din punct de vedere medico-legal, este mai vastă şi semnifică atât corpul uman întreg, fără viață, ori fragmente din acesta (spre exemplu, numai capul sau numai trunchiul etc.), indiferent de timpul trecut de la deces (deci fără a avea importanță gradul şi tipul de descompunere), cât şi scheletul uman în totalitate sau diverse fragmente osoase; prin această interpretare extensivă a noțiunii de cadavru, autopsia medico-legală se poate diferenția față de alte tipuri de autopsii.

5.2. Tipuri de autopsie

Autopsia, la modul general, poate fi:

5.2.1. *Anatomo-patologică*

Acest tip de necropsie se execută în laboratorul de prosectură din cadrul unui spital, de către un medic anatomo-patolog, pentru a se confirma/infirma patologia ce a determinat decesul pacientului ce a fost internat şi a decedat în acea unitate sanitară.

Aceste autopsii se efectuează la 24 ore de la deces, deci asupra cadavrelor care nu prezintă modificări tardive postmortale naturale (putrefacție, mumificare etc.) sau artificiale (îmbălsămare) şi, de regulă, este necesar acordul aparținătorilor /reprezentanților legali; în cazul în care aceştia nu sunt de acord cu efectuarea autopsiei se poate obține

scutirea de autopsie, dacă nu există dubii asupra diagnosticului de deces ori cu privire la modul de aplicare a tratamentului în spital şi dacă se obţine aprobarea semnată de directorul spitalului, medicul şef anatomo-patolog, medicul curant şi medicul şef de secţie (unde s-a produs decesul). În situaţia în care, cu ocazia unei astfel de autopsii, care poate fi generală (completă) sau parţială (axată pe organul/patologia care a produs decesul), se pun în evidenţă leziuni traumatice sau boli nediagnosticate, ori manopere medico-chirurgicale (acte operatorii), care pot avea legătură cu moartea pacientului, autopsia se opreşte şi cadavrul va fi preluat de instituţia medico-legală.

5.2.2. *Demonstrativ-ştiinţifică*

Se efectuează în cadrul instituţiilor de învăţământ superior medical, în scopul pregătirii sau aprofundării cunoştinţelor cursanţilor; aceste autopsii, reduse ca număr, se realizează de regulă asupra cadavrelor neidentificate ori nerevendicate.

5.2.3. *Medico-legală*

Denumită şi judiciară sau oficială, autopsia medico-legală are următoarele particularităţi:

1. este efectuată numai de către medicul legist, în unele situaţii, se pot forma echipe alcătuite din doi sau chiar trei medici legişti (mai ales atunci când se bănuieşte o moarte neviolentă, generată de o patologie mai rar întâlnită), sau pot fi cooptaţi şi medici anatomopatologi din diverse spitale. În situaţia în care este necesară reexaminarea unui cadavru deja autopsiat, aceasta nu se poate face decât de către o comisie alcătuită din medici legişti care au grad profesional mai mare decât cel al medicului legist care a efectuat prima examinare, sau care provin dintr-o instituţie medico-legală ierarhic superioară;

2. se execută la unitatea medico-legală pe a cărei rază teritorială s-a produs decesul persoanei sau unde a fost găsit cadavrul; când nu există posibilitatea transportării cadavrului la morgă, cu acordul medicului legist, autopsia se poate efectua la locul unde a fost găsit cadavrul sau într-un loc anume ales;

3. este obligatorie, fără a mai fi necesar acordul aparţinătorilor/reprezentanţilor legali (deci nu se poate obţine scutire de autopsie), în următoarele cazuri:

a) moarte violentă, chiar şi atunci când a trecut o perioadă de timp indiferent de durată între evenimentul traumatic (accident, agresiune etc.) până la deces iar moartea poate fi pusă în legătură cu acel eveniment ori se afirmă acest lucru (de regulă de către familie, rude etc.);

b) moarte de cauză necunoscută (spre exemplu, atunci când familia, rudele, cunoscuții etc. nu pot proba cu documente medicale o patologie prin care să se poată explica decesul);

c) cauza morții este suspectă de a fi violentă.

4. autopsia medico-legală trebuie să fie completă; cele trei cavități (craniană, toracică, abdominală) vor fi deschise în mod obligatoriu, chiar dacă felul şi cauza morții sunt evidente încă de la examenul extern (spre exemplu, hemoragie externă, prin amputarea unui membru, zdrobirea capului, împuşcare, înjunghiere etc.);

5. autopsia medico-legală se execută numai în baza unui document oficial, scris, care trebuie să îndeplinească solemnitățile impuse de lege, fiind emis de un organ de anchetă, abilitat, al statului (rezoluție motivată, ordonanță etc.);

6. după efectuarea autopsiei medico-legale, datele obținute sunt trecute imediat într-un *raport de autopsie medico-legală*, denumit şi raport de constatare medico-legală necoptică.

5.3. **Obiectivele autopsiei medico-legale**

În urma efectuării autopsiei judiciare, în concluziile raportului de constatare medico-legală necroptică pe care-l întocmeşte, medicul legist trebuie să răspundă la următoarele obiective:

1. felul morții (violentă sau neviolentă);
2. cauza medicală a morții;
3. legătura de cauzalitate;
4. raportul de cauzalitate;
5. data morții;
6. rezultatele examinărilor de laborator: grupa de sânge, alcolemie etc.

Pe lângă aceste obiective generale, la care trebuie să răspundă, în funcție de particularitățile concrete ale speței, medicul legist poate formula şi alte răspunsuri astfel încât să vină în întâmpinarea organului de anchetă cu elemente probatorii concludente şi utile.

6. **REACȚIA VITALĂ**

Prin reacție vitală, în medicina legală, se înțelege totalitatea modificărilor locale (ale țesuturilor, organelor) şi/sau generale (ale întregului corp) ce apar în organismul (uman) *viu*, ca răspuns la acțiunea unui agent traumatic – mecanic, fizic, chimic, biologic.

Reacția vitală reprezintă un criteriu de diferențiere a leziunilor traumatice din timpul vieții de cele produse după moarte; în raport cu momentul morții organismului, leziunile traumatice pot fi produse înaintea acestui moment [caracter vital manifest, bine reprezentat], în timpul (în agonie sau în moarte clinică) [caracter vital minim, estompat] sau după instalarea morții [caracter vital absent].

În scop didactic, în categoria generică a reacțiilor vitale pot fi incluse:

6.1. **Semnele vitale**

Semnele vitale (aşa cum reiese şi din denumire) indică posibilitatea ca subiectul să fi fost în viață în momentul producerii leziunilor traumatice; acest fapt nu poate fi însă afirmat cu certitudine. Ca exemple de astfel de semne cităm:

• „ciuperca” de spumă, la cadavrele scoase din apă;

• funinginea din jurul orificiilor nazale sau a gurii la cadavrele găsite la locul incendiilor;

• protruzia limbii între arcadele dentare, mai ales la cadavrele la care cauza morții o constituie asfixia mecanică;

• „emisia” spermatică (prezența spermei exteriorizată la nivelul regiunii genitale);

• prezența sângelui în jurul cadavrului:

– sub forma unor stropi împrăştiați la distanțe diferite, ceea ce orientează diagnosticul către o posibilă hemoragie externă de natură

arterială (în această situație sângele are o colorație mai deschisă – sânge roşu-viu);

– sub formă de „baltă” în imediata apropiere a cadavrului, ceea ce ar sugera o hemoragie externă de natură venoasă (în această situație sângele are o colorație mai închisă – sânge negricios).

6.2. **Reacția vitală propriu-zisă**

În această grupă sunt incluse modificările posttraumatice cu caracter cert vital, care în mod sigur au survenit în timpul vieții.

6.2.1. *Reacții vitale propriu-zise locale*

Acestea, de regulă, sunt descrise în morțile lente, cu agonie îndelungată. Din această categorie fac parte:

a) ***hemoragia tisulară*** – leziune infiltrativ-hemoragică, numită frecvent în activitatea practică „infiltrat sanguin”, „infiltrat hemoragic” sau „infiltrat de sânge”.

– poate fi pusă în evidență la nivelul:

• țesutului moale: muşchi, țesut subcutanat, organe;

• țesutului dur: oase, dinți;

– este consecința fisurării vaselor de sânge (indiferent de calibru), cu extravazarea consecutivă a sângelui care se fixează în țesuturile din jur;

– apare ca o zonă roşietică-negricioasă ce contrastează cu țesutul din jur şi care nu poate fi îndepărtată de jetul de apă („prin spălare”), fiind aderentă.

Corespondentul tegumentar al hemoragiei tisulare este echimoza.

b) ***coagularea*** (proprietate a sângelui care se pierde după moarte):

– cheagurile de sânge care se formează în timpul vieții (coaguli intravitali) sunt aderente de țesut (spre exemplu de marginile plăgii sau de peretele vascular), au suprafața rugoasă, sunt friabile şi au un aspect mat-uscat.

– cheagurile de sânge care se produc postmortem (coaguli cruorici) nu sunt aderente de țesut/perete vascular şi au suprafața netedă, lucioasă, umedă.

Printr-o serie de determinări de laborator cantitatea de fibrină din cheagul de sânge poate fi cuantificată; cu cât coagularea s-a

declanşat mai tardiv faţă de momentul morţii, cu atât şi cantitatea de fibrină este mai redusă.

c) ***crusta***, etapă în evoluţia spre vindecare a plăgilor sau excoriaţiilor şi care necesită un interval mai mare de supravieţuire pentru a se putea forma. În aceeaşi categorie poate fi inclusă şi cicatricea;

d) ***retracţia ţesuturilor secţionate*** – îndepărtarea (dehiscenţa) marginilor plăgii, ce dă impresia de lipsă de ţesut;

– pielea şi muşchii au cea mai mare capacitate de a se retracta; dacă traiectul de secţiune este perpendicular pe fibrele elastice (din tegument) sau pe cele musculare, distanţa dintre marginile plăgii este maximă;

– în plăgile produse postmortem marginile acestora nu sunt îndepărtate (nu există dehiscenţă), sunt mai moi şi netumefiate.

e) ***inflamaţia*** – reacţia de răspuns (de protecţie) a organismului viu la acţiunea unor factori sau agenţi ai mediului*, având drept scop anularea sau diminuarea consecinţelor posttraumatice (repararea ţesutului lezat).

La cadavru, inflamaţia se poate recunoaşte:

– macroscopic prin:

• tumefiere (tumor);

• roşeaţă (rubor) – în primele ore de la deces. [Celelalte semne macroscopice ale inflamaţiei la persoanele vii sunt: căldura locală (*calor*), durerea (*dolor*) şi alterarea funcţională (*functio lesa*)].

– microscopic prin reacţia leucocitară (leucocitoză → marginaţie → diapedeză → aglomerare perivasculară locală), al cărei debut a fost semnalat la 15 minute posttraumatic (V. Beliş).

f) ***transformările hemoglobinei***** din infiltratele sanguine posttraumatice; astfel, în funcţie de etapele de degradare a hemo-globinei, pot fi descrise o serie de variaţii de culoare:

– iniţial coloraţie roşie (posttraumatică);

---

* Dată fiind adresabilitatea acestui curs, prin factori ai mediului se vor înţelege acei agenţi din mediul extern ce fac mai frecvent subiectul de studiu al medicinei legale, respectiv agenţii traumatici.

** Hemoglobina este un pigment sanguin de culoare roşie, conţinută în hematii (eritrocite), având rol în fixarea oxigenului (O_2) în vederea transportului acestuia către locurile de utilizare (celule).

– începând cu zilele 2-3, infiltratul de sânge capătă o colorație ruginie sau galben-ocră, datorită formării hemosiderinei;

– ulterior, începând cu ziua a 11-a de la constituirea infiltratului sanguin, apare o colorație gălbui-brună cu tentă roşiatică, prin formarea bilirubinei (hematoidină).

Aceste modificări de culoare a infiltratului de sânge evoluează de la periferie către centru (centripet), mai repede sau mai lent (în timp), în funcție de cantitatea de sânge din infiltratul respectiv.

g) ***reacții enzimatice*** (peroxidaze, pseudoperoxidaze – V. Beliş) prin care pot fi diferențiate infiltratele sanguine de lividitățile cadaverice.

6.2.2. *Reacții vitale propriu-zise generale*

a) ***aspiratul pulmonar***

Punerea în evidență la nivelul alveolelor pulmonare (ultimele ramificații ale căilor respiratorii, mici cavități, care în mod normal, conțin doar aer) – deci nu în conductele respiratorii (trahee, bronhii, bronhiole), unde pot ajunge şi după moarte – diferite elemente: sânge, conținut gastric, funingine, apă, pământ etc., face dovada existenței respirației în momentul contactului cu materialul aspirat.

b) ***conținutul gastric***

Prezența în stomac şi/sau duoden (prima porțiune a intestinului subțire, care este separată de stomac prin sfincterul piloric, ce se contractă postmortem în cadrul procesului general al rigidității cadaverice şi nu mai permite trecerea conținutului gastric în intestin) de sânge, funingine, apă, pământ etc poate fi interpretată ca reacție vitală, cu anumite rezerve.

c) ***embolia***

În medicina legală, prin embolie se înțelege prezența în vasele sanguine a unui element/material care, în mod normal, nu face parte din (nu se găseşte) în sânge, denumit embol.

Din punct de vedere al compoziției, acesta poate fi:

– lichid: grăsimi, lichid amniotic etc.;

– solid: fragmente de țesut, corpi străini (plancton);

– gazos: aer, azot.

şi poate fi pus în evidență prin anumite tehnici la autopsie.

d) ***anemia*** (*an* = fără + *emia* = sânge) – consecinţă a unor pierderi mari de sânge (hemoragie extenrnă sau internă), cu expresie necroptică macroscopică şi microscopică.

e) ***septicemia*** – infecţie generalizată a organismului, caracterizată prin triada: focar septic (primar), unde debutează infecţia şi se multiplică germenii + prezenţa microbilor în sânge (septicopioemie) + însămânţări septice la distanţă (secundare) în diverse organe.

f) ***şocul*** – reacţie complexă neuro-endocrino-umorală de răspuns al organismului la acţiunea unui stimul agresogen (traumatism, stare conflictuală etc.) [„şocul este mai uşor de recunoscut decât de descris, decât de definit”]

g) ***depistarea substanţelor toxice în sânge şi/sau în diferite organe*** (ficat, rinichi). Exemplu: prezenţa carboxihemoglobinei (compus rezultat din combinaţia hemoglobinei cu oxidul de carbon) în sânge (în cazul persoanelor decedate în incendii) sau în ţesutul adiacent orificiului de intrare (în cazul împuşcării în limita de acţiune a factorilor secundari); prezenţa toxicelor numai în stomac ridică semne de întrebare asupra momentului în care au fost administrate/introduse!

6.3. **Reacţii/manifestări postvitale (supravitale)**

Reacţiile postvitale sunt definite ca totalitatea fenomenelor de „viaţă reziduală” a unor celule, ţesuturi, organe sau chiar părţi din organism, după încetarea vieţii (după încetarea funcţionalităţii „trepiedului Bichat”: sistem nervos – cord – plămân).

Se întâlnesc la formaţiunile anatomice mai puţin diferenţiate, care au o mai mare rezistenţă la anoxie (prin trecerea rapidă de la metabolismul aerob la cel anaerob). Astfel:

• uterul poate prezenta contracţii şi la 4-6 ore post-mortem;

• spermatozoizii şi ovulele îşi menţin mobilitatea şi capacitatea fecundantă încă 10-20 ore postmortem;

• păstraţi în soluţie salină, cilii celulelor epiteliale respiratorii prezintă mişcări până a 5-30 de ore postmortem;

• ansele intestinale îşi pot menţine contracţiile (peristaltismul) câteva ore de la deces;

• s-au constatat contracţii ale inimii până la 40 de minute în cazul celor executaţi prin decapitare.

Aceste reacţii postvitale, explicate prin faptul că moartea nu se poate instala în mod simultan şi brusc în toate celulele şi organele

corpului uman, sunt responsabile de aşa-numitele „*manifestări de viață reziduală*” care, uneori, ridică probleme de interpretare cu ocazia anchetei întreprinse la fața locului. Astfel, spre exemplu (din Scripcaru-Terbancea):

• după împuşcare în inimă, victima şi-a (re)încheiat hainele;

• deşi cu plăgi ale inimii (ventriculare) sau ale vaselor mari de sânge, unele persoane s-au mai putut deplasa aproximativ 200 metri, în circa 20 minute;

• după ce s-a împuşcat în inimă, un individ a reuşit să se şi spânzure;

• după decapitare trunchiul s-a ridicat într-o poziție apropiată ortostatismului.

6.4. **Modificări post-mortem**

Reprezintă totalitatea leziunilor traumatice produse cadavrului (deci nu au caracter vital!), în mod accidental sau cu intenție. În această categorie se încadrează:

a) diverse leziuni traumatice externe (excoriații, plăgi) sau interne (cel mai frecvent întâlnite sunt fracturile de coloană vertebrală, fracturile costale, de mandibulă etc.), survenite în timpul manipulării sau transportului cadavrului;

b) incinerarea cadavrului, totală sau parțială, fie la crematorii, fie în diverse alte locuri, în scopul ascunderii unei omucideri;

c) acțiunea unor substanțe toxice caustice care fie nu mai permit identificarea, fie distrug cadavrul în totalitate;

d) depesajul – ciopârțirea, fragmentarea, secționarea cadavrului, parțială sau totală;

e) aruncarea unui cadavru de la înălțime, în scopul producerii unor leziuni traumatice prin care să se poată explica decesul şi care să mascheze mecanismele reale tanatogeneratoare: plăgi înjunghiate, sugrumări/strangulări, intoxicații criminale etc.;

f) „spânzurarea” unui cadavru, de cele mai multe ori după decesul prin sugrumare sau strangulare (se încearcă disimularea unei omucideri printr-o sinucidere).

Acestea sunt numai câteva din modalitățile de realizare a leziunilor traumatice postmortem care, de cele mai multe ori, încearcă să mascheze o crimă şi/sau să împiedice identificarea victimei.

7. ASFIXIILE DE APORT

7.1. Procesul respirator

Prin asfixie se înțelege, în mod obişnuit, acea stare patologică a organismului determinată de lipsa oxigenului. Deoarece în perioada de început a medicinei vechii anatomişti considerau că aerul circulă prin vasele de sânge, iar atunci când nu mai puteau percepe pulsul erau de părere că aerul nu mai pătrunde în organism, au asociat sintagma *asfigmos* (fără puls) privării de oxigen.

Procesul respirator se desfăşoară în trei etape:

I. *etapa de aport*, în care aerul atmosferic încărcat cu oxigen (aer inspirat) pătrunde prin orificiile respiratorii (nasul şi gura), străbate căile aeriene (nasofaringe, laringe, trahee, bronhii şi ramificațiile acestora) pentru a ajunge în plămâni, la ultima diviziune a conductelor aerifere, alveolele pulmonare – o serie de formațiuni dilatate, în formă de balon sau boabă de strugure.

În acest moment, are loc o etapă intermediară, numită *etapa de schimb alveolo-capilar*, care presupune realizarea schimbului gazos în dublu sens:

– oxigenul trece din alveola pulmonară în micul vas de sânge (capilar) ce se află în imediata sa apropiere;

– bioxidul de carbon parcurge acelaşi drum, dar în sens invers – din capilarul de sânge în alveola pulmonară.

II. *etapa de transport*, ce presupune, aşa cum indică şi denumirea, transportul gazelor în dublu sens, prin intermediul sângelui:

– oxigenul, legat de hemoglobina conținută de hematii, către locurile de utilizare (diverse țesuturi şi organe);

– bioxidul de carbon, rezultat în urma proceselor metabolice ce au loc în interiorul fiecărei celule care intră în componența țesuturilor şi organelor, către plămân.

Urmează o etapă intermediară, respectiv *etapa de schimb capilaro-celular*, în care:

– oxigenul este cedat de către hematia transportatoare celulei ce urmează să-l utilizeze;

– bioxidul de carbon părăseşte celula unde s-a format şi este preluat de capilarul sanguin.

III. *etapa de utilizare*, ce presupune folosirea oxigenului pentru „respirația celulară” a fiecărui țesut sau organ, concomitent cu producerea de CO_2.

Scăderea concentrației de oxigen (hipoxie) sau absența O_2 (anoxie) se poate produce în oricare din etapele procesului respirator mai sus menționate; astfel, în funcție de etapa în care survine perturbarea funcției respiratorii, se pot deosebi:

1. ***anoxii de aport*** (anoxii anoxice); în aceste cazuri, cantitatea de O_2 care ajunge la plămâni (de fapt la alveola pulmonară) este insuficientă sau absentă. Anoxiile de aport pot fi provocate de cauze:

• *neviolente* (patologice): pneumonii, bronhopneumonii, tumori (de laringe) etc., deci diverse boli care împiedică desfăşurarea normală a ventilației;

• *violente* (asfixii), care au ca mecanism scăderea/absența oxigenului în aerul inspirat sau imposibilitatea efectuării inspirației.

2. ***anoxii de transport***; în această situație, deşi cantitatea de O_2 care pătrunde în plămân şi străbate bariera alveolo-capilară este suficientă necesităților organismului, sângele nu-şi poate îndeplini funcția de transportor (al oxigenului). La rândul lor, anoxiile de transport pot fi:

• *anoxii stagnante*, atunci când sângele care a preluat oxigenul de la nivelul plămânului nu circulă cu viteză normală (viteza de circulație a sângelui este foarte redusă), datorită unor disfuncții cardiovasculare (insuficiență cardiacă, colaps etc.).

• *anoxii anemice*, generate de totalitatea situațiilor în care cantitatea de sânge (de fapt numărul total de hematii şi, în consecință, cantitatea de hemoglobină) este redusă: hemoragii masive, boli ale sângelui cu distrucții eritrocitare etc.

3. ***anoxii de utilizare*** (anoxii histotoxice) ce se caracterizează prin imposibilitatea celulelor de a folosi oxigenul adus de sânge, altfel în cantitate suficientă; anoxiile histo-toxice pot recunoaşte *cauze*

violente (intoxicații cu acid cianhidric, barbiturice etc.) sau *cauze neviolente* (modificări de pH în alcaloze sau acidoze). În aceste forme de anoxie sângele venos conține o cantitate crescută de O_2, având caracter de sânge arterial, ceea ce face ca lividitățile cadaverice să capete o colorație roşietică-deschisă, „vie”.

Asfixiile sau anoxiile de aport de cauză violentă, care fac obiectul de studiu al medicinei legale, pot fi clasificate astfel:

– asfixii mecanice:
  - prin comprimarea → gâtului / → toraco-abdominală
  - prin obstrucție

– asfixii chimico-atmosferice

– asfixii hipokinetice.

7.2. **Asfixiile mecanice**

7.2.1. *Elemente introductive*

Asfixiile mecanice însumează totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, prin care este împiedicată (în mod mecanic) pătrunderea aerului – cu o concentrație normală de oxigen – prin căile respiratorii, până la nivelul alveolelor pulmonare.

A. În funcție de modul în care se realizează asfixia, se pot deosebi:

(1) asfixii mecanice prin *comprimare:*

– fie a gâtului: spânzurare, strangulare, sugrumare;

– fie toraco-abdominală.

(2) asfixii mecanice prin *obstrucția* căilor respiratorii: sufocare, înecare, diverşi corpi străini.

B. În funcție de intervalul de timp în care se instalează moartea, se pot întâlni:

(1) forme supraacute, în care decesul survine foarte rapid, prin mecanism neuro-reflex; în urma stimulării formațiunilor nervoase din zonele recunoscute ca reflexogene se poate produce, aproape instantaneu, abolirea funcției cardiovasculare şi a celei respiratorii, fără a se mai instala simptomatologia specifică lipsei de oxigen.

(2) forme acute, în care datorită lipsei de oxigen celulele nervoase mor după aproximativ 5 minute (perioada medie de timp în care nu se produc leziuni anoxice ireversibile la nivelul celulei nervoase); în aceste forme de asfixie mecanică moartea este explicată prin mecanismul anoxic al privării de oxigen ce stă la baza leziunilor ireversibile, în special la nivel cerebral;

(3) forme subacute, în care predomină mecanismul vascular, ceea ce face ca simptomatologia să fie dominată de manifestările determinate de creşterea concentraţiei bioxidului de carbon, iar moartea să se instaleze mai lent.

7.2.2. *Asfixiile mecanice prin comprimare*

7.2.2.1. Spânzurarea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin comprimarea gâtului cu un laţ acţionat de greutatea (totală sau parţială) a propriului corp, atras de forţa gravitaţională; laţul prezintă o extremitate fixată de un suport (copac, balcon, ţeavă etc.) şi una circulară în jurul gâtului.

Din punct de vedere medico-legal, *spânzurarea* poate fi clasificată:

A. În funcţie de poziţia nodului:

– spânzurare tipică – nodul este situat în regiunea posterioară a gâtului, la ceafă;

– spânzurare atipică – când nodul se află în oricare altă poziţie (anterioară, laterală sau antero-laterală).

B. după cum cadavrul atinge sau nu o suprafaţă de sprijin:

– spânzurare completă, când corpul este suspendat în laţ, deasupra planului de sprijin, fără a se rezema de nici o suprafaţă;

– spânzurare incompletă, când cadavrul atârnat în laţ atinge suprafaţa de sprijin cu o anumită regiune a corpului: spânzurarea în picioare, în genunchi, spânzurarea în poziţia culcat etc.

Pe lângă forma obişnuită de spânzurare (ce constă în atârnarea corpului în laţ), în unele situaţii (spre exemplu în cazul execuţiei) sunt descrise forme particulare de spânzurare: prin aruncarea în gol de la înălţime, prin ataşarea unor greutăţi de corpul victimei, prin agăţarea (aruncarea) călăului de/pe victimă etc.

Moartea survine într-un interval de timp variabil (până la 30 de minute) în funcție de mecanismul tanatogenerator principal; când nodul este situat anterior, moartea se instalează mai lent.

Deoarece conştiința se pierde rapid (uneori instantaneu, alteori în aproximativ 20 secunde), orice eventuală încercare de autosalvare este exclusă.

Elementul specific în spânzurare este şanțul de spânzurare care se prezintă ca o depresiune pergamentată care, în spânzurarea completă, are următoarele caracteristici:

– este situată circular în 1/3 superioară a gâtului;

– cu traiect oblic ascendent către regiunea nodului;

– de adâncime neuniformă; este mai profundă în zona opusă nodului, superficializându-se treptat către nod;

– incompletă, fiind întreruptă în zona nodului atunci când lațul este cu perimetru fix; în cazul nodului culant, şanțul poate forma o circulară completă, dar cu adâncime mai mică în zona nodului şi cu imprimarea (ştanțarea) nodului – „amprenta nodului de spânzurare."

7.2.2.2. Strangularea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin comprimarea gâtului cu un laț acționat de o forță, alta decât cea a propriului corp atras de forța gravitațională.

Deci, în cazul strangulării, asupra lațului ce comprimă gâtul acționează:

– agresorul care trage de capetele lațului („lațul sicilian");

– diverse mijloace mecanice ce strâng progresiv lațul la anumite intervale de timp;

– diferite greutăți ataşate capătului liber al lațului, în timp ce corpul este imobilizat în diverse poziții;

– propriul corp, în poziția „arcului" (decubit ventral, lațul având un capăt în jurul gâtului iar celălalt în jurul picioarelor); când victima nu-şi mai poate menține ridicate membrele pelvine, prin căderea acestora lațul se strânge.

Şanțul de strangulare se prezintă ca o depresiune pergamentată:

– situată circular în 1/3 medie sau inferioară a gâtului;

– cu traiect orizontal;

– de adâncime uniformă;

– completă (şanţul poate fi incomplet atunci când între laţ şi gât se interpun diverse obiecte: gulerul cămăşii, fularul, părul sau mâna victimei etc.).

7.2.2.3. Sugrumarea

Este o formă de asfixie mecanică ce se realizează prin comprimarea gâtului cu mâna/mâinile.

În sugrumare pot fi observate la nivelul gâtului echimoze (ovalar-alungite, determinate de degete) şi/sau excoriaţii (semilunare, produse de unghii).

7.2.3. *Asfixiile mecanice prin obstrucţie*

7.2.3.1. Sufocarea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin astuparea orificiilor respiratorii superioare (nasul, gura) şi făcând imposibilă pătrunderea aerului prin căile respiratorii spre plămân (spre alveolele pulmonare).

Sufocarea se poate realiza:

– cu mâna, în mod direct sau prin intermediul unor obiecte moi (pernă, fular, batistă etc.), care acoperă orificiile respiratorii; această modalitate este întâlnită mai frecvent în cazul copiilor, a persoanelor aflate în stare de ebrietate sau în imposibilitate de a se apăra;

– prin împingerea şi menţinerea capului (viscerocraniului) în obiecte moi. Această modalitate de realizare a sufocării nu poate fi acceptată în cazul în care corpul victimei a fost imobilizat (cu faţa) de un plan dur (ciment, perete etc.), deoarece relieful natural al feţei nu permite obstrucţionarea completă a orificiilor respiratorii;

– prin aplicarea unor pungi de plastic pe cap, strânse pe gât, sub mandibulă;

– prin fixarea unor benzi adezive (tip scotch) pe orificiile respiratorii externe.

7.2.3.2. Înecarea

Este o formă de asfixie mecanică ce se realizează prin obstrucția căilor respiratorii/alveolelor pulmonare cu lichide ce înlocuiesc aerul respirat, consecutiv contactului parțial (numai capul sau numai orificiile respiratorii) sau total al organismului (scufundare) cu lichidul respectiv.

Înecarea se poate realiza în apă („dulce", cu o concentrație osmotică mai mică decât a sângelui, „sărată", cu o concentrație osmotică superioară sângelui sau în apă cu osmolaritate intermediară – apa de piscină), petrol, vin, bere, uleiuri etc.

Din punct de vedere medico-legal se face distincție între *submersie*, termen prin care se înțelege moartea organismului consecutivă contactului cu mediul lichid, cu alte cuvinte o asfixie mecanică propriu-zisă, şi *imersie*, noțiune prin care se înțelege aruncarea cadavrului în apă; în această ultimă situație moartea s-a produs prin alte cauze (fie o moarte violentă, fie o moarte patologică), iar prin imersie se încearcă disimularea decesului.

Fazele înecării

În prima fază, preasfixică sau de rezistență, are loc oprirea voluntară sau reflexă a respirației (apnee) care durează până când concentrația de CO_2 din sânge creşte suficient de mult pentru a declanşa automat mişcările respiratorii (inspirul); glota se deschide şi apa pătrunde în căile respiratorii (dispnee inspiratorie). Contactul apei cu căile respiratorii declanşează un reflex de apărare, în încercarea de eliminare a lichidului, manifestat prin dispnee expiratorie.

Faza a doua sau convulsivă se caracterizează prin pierderea stării de conştiență (în aproximativ 1 minut) şi apariția convulsiilor – victima pare că încearcă să iasă la suprafața apei.

Faza a treia, de comă, cu respirații ample terminale (acum se înghite şi se aspiră cea mai mare cantitate de lichid) şi instalarea progresivă a asfixiei; deoarece funcțiile vitale diminuă treptat inițial se opreşte respirația şi ulterior activitatea cardio-vasculară), această fază se mai numeşte şi etapa morții aparente.

Ulterior, cadavrul se deplasează în apă, parcurgând următoarele etape:

→ de cădere la fundul apei; sub acțiunea forței gravitaționale, cadavrele se îndreaptă către fundul apei cu capul în jos. Datorită dispoziției diferite a stratului de grăsime, de regulă cadavrele rămân la fundul apei:

– cele de bărbat = în decubit ventral (cu fața în jos);

– cele de femeie = în decubit dorsal (cu fața în sus);

→ de ridicare către suprafața apei, datorită putrefacției, proces numit flotație;

→ de deplasare propriu-zisă prin apă – supranatația.

Modificări specifice

– datorate contactului organismului cu mediul lichid: „pielea de găină” macerarea pielii (apariția „mâinii de spălătorească”), detaşarea epidermului („mănuşa morții”), căderea părului, colonizarea cu alge, adipoceara, putrefacția (cap negru, balonizare etc.)

– datorate înecării – peteşii plurale, prezența apei şi a elementelor din apă în căile respiratorii şi digestive „ciuperca” înecaților etc.

– datorate viețuitoarele acvatice: lipsa unor părți moi etc.

– datorate deplasării cadavrului cu apariția unor leziuni traumatice de târâre etc.

– datorate manevrelor de reanimare.

7.3. **Asfixiile chimico-atmosferice**

Asfixiile chimico-atmosferice reprezintă totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, caracterizate prin alterarea compoziției chimice normale a aerului atmosferic inspirat.

Alterarea compoziției chimice a aerului inspirat face ca la nivelul alveolelor pulmonare să ajungă o cantitate redusă sau absentă de O_2, în condițiile în care nu există nici un obstacol care să blocheze (în mod mecanic) fluxul gazos prin căile respiratorii.

Aceste tipuri de asfixii, cunoscute şi sub denumirea de:

– asfixii în spații închise (Kernbach);

– asfixii chimice (Scripcaru-Terbancea);

– asfixii prin aer confinat (S. Ungurean) – aer viciat, stricat, de nerespirat;

– se pot produce în două circumstanțe:

• când cantitatea de O_2 atmosferic scade treptat, concomitent cu acumularea de CO_2, creşterea temperaturii şi a umidității şi acumulării de substanțe organice rău mirositoare, aşa cum se întâmplă în spații închise: submarine blocate, săli de spectacole rău ventilate, frigidere, lăzi închise ermetic, închisori (spații de deşinere) cu mulți deținuți etc.;

• când O_2 este înlocuit cu gaze inerte (azot, metan) sau viciate (cu o concentrație crescută de CO_2, hidrogen sulfurat etc.): în WC-uri, în beciurile unde fermentează vinul, în peşteri (speologi prinşi în „pungile de metan"), în mlaştini etc.

Expunerea organismului la o atmosferă viciată va determina apariția unor tulburări de tipul: transpirație, sete, amețeală, jenă respiratorie (dispnee), cu alterarea progresivă a stării generale, ulterior instalarea comei, uneori precedată de halucinații şi, în final, deces.

7.4. **Asfixiile hipokinetice**

Sunt reprezentate prin totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, determinate de epuizarea mişcărilor (excursiilor) respiratorii, ceea ce face ca aerul atmosferic, cu o concentrație normală de oxigen şi în lipsa unui obstacol care să blocheze orificiile şi/sau căile respiratorii, să nu mai poată ajunge la nivelul alveolelor pulmonare.

Astfel de asfixii se identifică atunci când corpul este atârnat în poziție verticală, fiind susținut de:

– membrele toracice (crucificarea, „spânzurarea" de mâini etc.);

– membrele pelvine („spânzurarea" cu capul în jos).

Uneori, pentru a grăbi sfârşitul acestui supliciu, se atârnau diferite greutăți de picioarele celui condamnat, i se fracturau oasele gambelor (pentru a nu mai avea punct de sprijin) etc.

Într-o astfel de poziție, muşchii inspiratori – diafragmul, muşchii intercostali, muşchii pectorali etc. – obosesc treptat, cu instalarea progresivă a insuficienței respiratorii.

8. **NOȚIUNI DESPRE LEZIUNILE ŞI MOARTEA PRIN ARME DE FOC**

Armele de foc sunt mecanisme/instrumente de atac sau de apărare, ce acționează prin intermediul unui proiectil (agent traumatic mecano-dinamic), a cărui deplasare este indusă/determinată de arderea unei pulberi explozive.

Din punct de vedere medico-legal şi criminalistic, *leziunile* ce pot fi produse de armele de foc sunt:

• leziuni primare, determinate de factorii primari ai împuşcării: proiectil sau fragmente de proiectil;

• leziuni secundare, generate de factorii secundari ai împuşcării:

✓ flacăra;

✓ gazele;

✓ pulberea arsă sau arzândă;

✓ pulberea nearsă.

• leziuni/urme terțiare sau reziduale, induse de factori/elemente reziduale care se găsesc în interiorul țevii şi care sunt antrenate şi transportate de proiectil: unsoare, rugină, pulberi din tragerile anterioare, fragmente metalice etc.

• leziuni/urme cuaternare sau conexe, datorate factorilor/elementelor preluate de proiectil în trecerea sa prin diverse medii (nisip, făină, fulgi de pernă etc.) sau prin ricoşare.

Leziunile secundare, terțiare şi cuaternare mai sunt denumite generic şi leziuni sau urme suplimentare sau complementare.

Moartea prin împuşcare se poate produce:

• în mod direct:

– prin distrugerea unui organ vital (dilacerare cerebrală, ruptură cardiacă etc.);

– prin hemoragie internă (ruptură de aortă) sau externă.

• în mod indirect, prin complicații: infecțioase (peritonită cu septicemie după o plagă împuşcată abdominală), embolice (cu grăsime în cazul fracturilor de oase lungi prin împuşcare).

8.1. **Leziunile traumatice produse de armele de foc cu glonț**

Glonțul, ca proiectil unic, poate produce aşa numita plagă prin împuşcare formată din: orificiul de intrare, canal şi orificiul de ieşire ce se formează (în situația în care glonțul părăseşte corpul victimei).

Orificiul de intrare („rana balistică" – leziune de impact în împuşcare apare sub forma unei *soluții de continuitate* cu „lipsă de țesut" – „minus țesut" (pierderi de substanță la nivelul tegumentului) – ceea ce face ca, la încercarea de apropiere a marginilor plăgii/orificiului, să nu se mai poată reconstitui integral fosta suprafață tegumentară, obținându-se o afrontare cu defect. Explicația se regăseşte în faptul că epidermul, strat superficial şi mai rigid al tegumentului, se distruge într-o proporție mai mare față de epiderm, care este mai elastic; astfel, mici fragmente de epiderm vor fi antrenate în prima porțiune a canalului, nemaipermițând reconstituirea suprafeței tegumentare.

În jurul orificiului de intrare pot fi constatate aşa-numitele inele (centuri sau guleraşe):

– *inelul de contuzie* (sinonime: inelul de excoriație, inelul de eroziune sau inelul traumatic); se produce prin trecerea glonțului „în deget de mănuşă", printre straturile tegumentului (zdrobeşte epidermul şi îndepărtează dermul), de care se freacă (generând zona de excoriație) şi pe care le înfundă; este plasat cel mai la exterior şi anume la limita cu tegumentul indemn.

– *inelul de ştergere* – inelul de depozitare a „murdăriei" aflată pe glonț (elementele terțiare): este plasat în interiorul inelului de contuzie, uneori peste partea internă a acestuia; se formează indiferent de distanța de tragere şi apare ca un lizereu negricios între marginea orificiului de intrare şi inelul de contuzie.

– *inelul de metalizare* este determinat de particulele mici metalice (praful metalic) ce pot proveni din canalul țevii, glonț (sau învelişul său) sau din resturile capsei, ce se depun pe glonț, în striațiile imprimate de pliurile țevii ghintuite, la trecerea forțată a acestuia şi care vor fi transportate odată cu glonțul; apare indiferent de distanța de tragere şi se prezintă sub forma unui lizereu brun-negricios care frecvent se suprapune pe inelul de ştergere.

Orificiul de ieşire (plaga de ieşire), apare sub forma unei soluții de continuitate fără „lipsă de țesut" (nu există pierdere de substanță la

nivelul tegumentului), ceea ce face ca, la încercarea de apropiere a marginilor plăgii/orificiului acestea să se afronteze perfect, permițând reconstituirea suprafeței tegumentare inițiale (glonțul ce acționează prin comprimare şi înfundare desface țesuturile ca o pană, în „deget de mănuşă”, dinspre interior spre exterior, fără să le distrugă); când glonțul nu poate străbate corpul şi se opreşte subcutanat, „orificiul de ieşire” se poate prezenta sub forma unei proeminențe tegumentare înconjurată de mici fisuri (prin deshidratare, la cadavru dau impresia unor false excoriații!); are o formă neregulată cu marginile răsfrânte în afară iar dimensiunile sale sunt de cele mai multe ori, mai mari decât ale orificiului de intrare; în jurul orificiului de ieşire nu se formează inele de însoțire (ca în situația orificiului de intrare).

Canalul sau canalul-traiect este drumul parcurs de proiectil de la orificiul de intrare până la orificiul de ieşire, caz în care se numeşte canal transfixiant, sau până unde se opreşte în corp, caz în care este denumit canal perforant sau „canal orb” ori „în deget de mănuşă”; frecvent în canal se pot pune în evidență în prima porțiune: urme de îmbrăcăminte, fragmente de piele, urme ale factorilor suplimentari (secundari, terțiari, cuaternari) sau inelele descrise la orificiul de intrare, iar în porțiunea terminală: eschile osoase, fragmente de organe sau, în cazul canalelor „oarbe”, însuşi glonțul.

Factorii secundari ai împuşcării pot produce:

a) flacăra – pe lângă efectul luminos şi efect termic, inexistent la pulberea fără fum (deoarece durata flăcării este foarte mică), dar care în cazul pulberii negre va determina arsuri ale hainelor, părului, tegumentului (epidermului); regiunea de piele arsă ce se prezintă ca o zonă pergamentată, negricioasă („pârlită”), cu firele de păr scurtate şi îngroşate la extremitatea arsă este dispusă în jurul orificiului de intrare pe o arie de 0,5-1 cm^2.

Distanța de acțiune a flăcării este de 3-5 până la 10 cm.

b) gazele ce provin din arderea pulberii în interiorul țevii au o presiune foarte mare (aproximativ 3500 atm.), ce scade treptat către gura țevii (1200-700 atm.), pentru a deveni nulă imediat după ieşirea din țeavă; ele acționează pe o distanță de până la 5-10 cm;

Gazele pot avea trei tipuri de acțiuni: mecanică, termică şi chimică.

Acțiunea *mecanică* se manifestă prin:

• ruperea îmbrăcămintei – de regulă se constată o ruptură în formă de cruce;

• deformarea orificiului de intrare, ce poate căpăta formă stelată, în cruce etc.; de asemenea, în jurul orificiului de intrare se pot observa uneori mici fisuri radiale ale pielii;

• distrugerea părții inițiale a canalului, prin rupturile țesuturilor moi (fascii, muşchi, țesut adipos etc.);

• rupturi ale firelor de păr de la emergență;

• plăci sau pete pergamentate de culoare gălbuie şi formă rotundă sau ovală, dispuse în jurul orificiului de intrare pe o rază de 0,2-05 cm, ce devin vizibile în câteva ore de la deces.

Apariția acestor pete este pusă fie pe seama acțiunii mecanice, fie a celei *termice* a gazelor (părerile sunt diferite în funcție de autori).

Puternica acțiune mecanică a gazelor poate determina chiar decesul victimei în cazul împuşcării cu cartuşe „oarbe" (fără glonț), dar cu țeava lipită într-o zonă vitală a corpului. (Este cunoscut cazul actorului Ogarev care, în timpul unei piese de teatru, s-a împuşcat mortal cu un glonț „orb").

Acțiunea *chimică* este consecința reacțiilor la care ia parte oxidul de carbon (ce reprezintă aproximativ 12% din totalul gazelor în cazul pulberii negre şi aproximativ 38 % la pulberile fără fum), cu formarea carboxihemoglobinei în sângele din țesutul adiacent orificiului de intrare; țesuturile moi capătă astfel o colorație roşu-carmin, rozacee, evidentă mai ales în prima porțiune a canalului.

c) fumul (funinginea sau pulberea arsă):

– distanța de acțiune a acestui factor secundar este de regulă de 10-20 cm (ea variind în funcție de armă şi de tipul pulberii folosite), cu mențiunea că, în cazul armelor de mare calibru, poate ajunge şi la 50-60 cm;

– trasează în jurul orificiului de intrare o zonă circulară sau ovalară, cu diametrul de 3-8 cm, numită „manşonul de fum" şi alcătuită dintr-un *cerc intern*, mai dens şi mai închis la culoare şi un *cerc extern*, mai deschis la culoare, între ele descriindu-se un *cerc intermediar*; manşonul de fum se formează prin pătrunderea în tegument (pe o distanță mai mare sau mai mică, în funcție de distanța de la care s-a tras) a microparticulelor de funingine, deci nu prin simpla depozitare a

acestora pe piele, fapt confirmat prin rezistența la spălare a stratului pulverulent obiectivat;

– culoarea manşonului de fum diferă în funcție de tipul pulberii: neagră – dată de pulberea neagră – sau cenuşie, verzuie, uneori gălbuie, când se foloseşte pulberea fără fum;

– participă la formarea zonei de tatuaj din jurul orificiului de intrare.

d) pulberea nearsă sau arzândă este reprezentată prin granule de pulbere, veritabile mici proiectile ce pătrund în piele (pe o distanță mai mare sau mai mică, în funcție de distanța de la care s-a tras) în jurul orificiului de intrare, generând un relief caracteristic – încrustații sau arsuri punctiforme.

– participă la formarea zonei de tatuaj;

– distanța de acțiune este de 40-50 cm, până la 100-150 cm; ca regulă generală, pulberea nearsă rămâne pe tegument dacă s-a tras de la o distanță cel mult egală cu lungimea țevii.

Zona de tatuaj

– este dispusă în jurul orificiului de intrare, pe *o arie mai mare*, de ordinul centimetrilor;

– este determinată de pulberea nearsă, arsă sau arzând (factori secundari); uneori, la formarea zonei de tatuaj pot participa şi elementele terțiare (fragmentele metalice) aruncate din canalul țevii sub presiunea mare a gazelor şi încrustate în piele;

– se formează prin *pătrunderea* microparticulelor de pulbere în piele (epiderm); nu se spală sub jet de apă;

– are o formă rotundă sau ovalară, în funcție de unghiul de tragere;

– apare ca o zonă (negricioasă sau cenuşie) de aspect pulverulent, presărată cu încrustații (granule de pulbere arzând), cu o regiune centrală mai densă (mai intens colorată) şi cu margini mai deschise la culoare.

Factorii terțiari (elementele terțiare) reprezentați prin elementele reziduale aflate în canalul țevii armei de foc: unsoare, pulberi rămase de la tragerile anterioare, fragmente metalice (provenite din canalul țevii, glonț sau învelişul său, din resturile capsei), rugină etc., sunt preluați de glonț, în trecerea forțată acestuia prin canalul țevii şi

indiferent de distanța de tragere vor trasa *inelul de ştergere* (de depozitare) a „murdăriei” plasat în partea internă a inelului de contu-zie şi *inelul de metalizare* care, de cele mai multe ori, se suprapune peste inelul de ştergere.

Zona de pseudotatuaj

– se găseşte în jurul orificiului de intrare pe *o arie mică* (cu raza de 2-3 mm), sub forma unui lizereu negricios;

– este determinată de *depunerea* elementelor reziduale (factori terțiari preluați de glonț) pe tegument; se spală sub acțiunea jetului de apă;

– are o formă rotundă sau ovalară în funcție de unghiul de tragere.

Factorii sau elementele cuaternare (conexe) sunt reprezentate de totalitatea particulelor sau fragmentelor antrenate de proiectil în traiectoria sa de la retezătura dinaintea țevii până la orificiul de intrare în corpul uman; aceste elemente, ce pot proveni fie din mediul străbătut de glonț (nisip, fulgi de pernă, sticlă etc.), fie din materialul din care a ricoşat (lemn, zid, metal etc.), se vor depune:

– pe haine;

– la nivelul orificiului de intrare, caz în care trebuie diferențiate de tatuaj;

– în prima porțiune a canalului.

Stabilirea distanței de tragere în cazul împuşcării cu glonț se face în funcție de prezența pe hainele sau pe corpul victimei a urmelor/leziunilor determinate de factorii secundari ai împuşcării; se pot deosebi trei situații:

– *împuşcarea cu țeava lipită* (descărcarea absolută sau împuşcarea de la distanță nulă), atunci când retezătura anterioară a țevii vine în contact cu corpul victimei;

– *împuşcarea în limita de acțiune a factorilor secundari* (împuşcarea de la distanță mică sau apropiată, descărcarea relativă); în această situație, acțiunea factorilor secundari se soldează cu un tatuaj mai mult sau mai puțin evident macroscopic, în funcție de distanța de tragere;

– *împuşcarea în afara limitei de acţiune a factorilor secundari* (împuşcare de la distanţă mare sau îndepărtată), situaţie în care, lipsind acţiunea factorilor secundari, se poate evidenţia pseudotatuajul.

8.2. **Armele de foc cu alice**

În cazul armelor de foc ce folosesc cartuşe cu alice, poşe sau mitralii, leziunile traumatice sunt asemănătoare cu cele produse de proiectilul unic (glonţ), cu specificarea că, în prima situaţie, în raport de distanţa de tragere, pe corpul victimei se vor constata mai multe orificii mici; astfel, în funcţie de gradul de dispersie a alicelor (conul de împrăştiere), se disting următoarele situaţii:

– la o tragere de până la 50 cm, prin acţiunea grupată, „în bloc”, a alicelor (care acţionează ca un proiectil unic!), se va forma un singur orificiu de intrare, mare, cu margini neregulate, zdrenţuite, dinţate (datorită alicelor marginale);

– între 50 cm şi 2 m, dispersia alicelor marginale duce la formarea unui orificiu central mai mare, cu margini neregulate (alicele centrale încă mai acţionează „în bloc”), înconjurat de mai multe orificii mici, de aspect diferit în funcţie de forma alicelor;

– de la 2-2,5 m până la 5 m, orificiul central lipseşte, existând în schimb mai multe orificii mici al căror aspect depinde de forma alicelor;

– la aproximativ 5 m, dispersia alicelor are loc pe o suprafaţă cu diametrul de 15-20 cm; distanţa dintre orificii este de aproximativ 1 cm la centru şi de până la 3 cm la periferie;

– la aproximativ 10 m, dispersia alicelor are loc pe o suprafaţă cu diametrul de 20-40cm; distanţa dintre orificii este de aproximativ 2 cm la centru şi de până la 6 cm la periferie;

– la 50 m alicele dispersate ocupă o suprafaţă de aproximativ 1 m^2;

– la 300 m dispersia alicelor este maximă.

De asemenea, trebuie specificat faptul că la armele cu alice acţiunea factorilor secundari se manifestă de la o distanţă mai mare decât în cazul armelor cu glonţ, respectiv între 1 şi 2 m.

Atât în cazul armelor de foc cu glonţ, cât şi al celor cu alice, din punct de vedere medico-legal trebuie stabilit:

• dacă leziunile traumatice constatate sunt consecinţa împuşcării; uneori, plaga de intrare poate fi confundată cu o plagă înţepată

(înjunghiată), dar prezența „inelelor” este suficientă pentru tranșarea diagnosticului;

• direcția de tragere; aceasta depinde de dispoziția celor 3 elemente specifice împușcării: orificiul de intrare, canalul, orificiul de ieșire;

• distanța de la care s-a tras:

– la armele cu glonț – în funcție de existența urmelor determinate de factorii secundari;

– la armele cu alice – în funcție de conul de împrăștiere.

• numărul și succesiunea împușcăturilor; în cazul împușcării cu mai multe proiectile se vor căuta cu atenție urmele terțiare;

• dacă împușcarea a avut loc în timpul vieții (și a determinat sau nu moartea) sau post-mortem;

• în ce circumstanțe se puteau produce leziunile/moartea persoanei respective (crimă, sinucidere, accident sau disimularea unei alte cauze de deces).

9. MEDICINA LEGALĂ CLINICĂ

Obiectul acestui sector de activitate practică medico-legală constă în examinarea persoanei (omul viu) şi/sau a documentelor medicale ce aparţin acesteia.

Examinarea medico-legală, efectuată la solicitarea organelor abilitate sau a persoanelor, poate fi realizată de către:

– un medic legist;

– o comisie medico-legală, formată din cel puţin 3 medici legişti;

– o comisie medico-legală interdisciplinară (numită şi comisie medico-legală extinsă sau lărgită), alcătuită din minim 3 medici legişti şi alţi medici de diferite specialităţi medicale (cardiologi, neurologi, psihiatri etc.), în funcţie de patologia pe care o prezintă persoana examinată;

– o comisie medico-legală specială cum este cazul comisiei medico-legale psihiatrice sau pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei sau suspendarea urmăririi penale/judecăţii pe motiv de boală, a căror componenţă va fi prezentată la capitolele respective.

Examinarea medico-legală se efectuează numai după verificarea documentelor prin care poate fi demonstrată identitatea persoanei ce urmează a fi examinată; în cazul minorilor sau a persoanelor care nu posedă acte de identitate examinarea poate fi realizată după amprentare (se ia amprenta indexului de la mâna stângă pe ordonanţa de efectuare a examinării sau pe cererea de examinare medico-legală completată de persoana respectivă).

Documentele ce pot fi emise, după examinarea clinică în cadrul instituţiei medico-legale, sunt: certificatul medico-legal, raportul de constatare medico-legală, raportul de expertiză medico-legală, raportul de nouă expertiză medico-legală şi avizul.

9.1. **Certificatul medico-legal (C.M.L.)**

– este redactat la solicitarea persoanelor;

– solicitarea pentru efectuarea unui certificat medico-legal poate fi făcută numai la instituția medico-legală pe raza căreia se află domiciliul persoanei respective; deci certificatul medico-legal va respecta principiul competenței teritoriale;

– în cazul examinărilor posttraumatice, prin certificatul medico-legal se poate susține existența doar a leziunilor traumatice recente, cu corespondent tegumentar (echimoze, excoriații, plăgi etc.), care pot fi observate de medicul legist. În situația leziunilor traumatice vechi sau a consecințelor posttraumatice, examinarea medico-legală poate fi efectuată numai la solicitarea organelor de anchetă, caz în care va fi redactat un raport de expertiză şi nu un certificat medico-legal;

– este întocmit, de regulă, de către un singur medic legist; acesta poate consemna şi diferite alte consulturi medicale de specialitate (neurologic, ortopedic, oftalmologic etc.), în susținerea diagnosticului;

– are aceeaşi valoare probatorie cu a unui raport de expertiză sau de constatare medico-legală;

– se eliberează numai persoanei care l-a solicitat, în baza unui act de identitate.

9.2. **Raportul de constatare medico-legală (R.C.M.L.)**

– este întocmit la solicitarea organelor de urmărire penală sau a instanțelor de judecată;

– solicitarea raportului de constatare medico-legală se va face cu respectarea principiului competenței teritoriale, deci la instituția medico-legală aflată în raza de jurisdicție a organelor de urmărire penală/instanțe de judecată sau în funcție de domiciliul persoanei respective;

– este elaborat, de regulă, de către un singur medic legist;

– se poate dispune (conf. art. 112 şi 114 C. pr. pen.):

• numai în faza de urmărire penală; în activitatea practică, constatarea medico-legală se solicită, de regulă, înainte de punerea în mişcare a acțiunii penale (ce se realizează *in personam*) deci imediat după începerea urmăririi penale (ce se realizează *in rem*);

• când există pericolul de dispariție a unor mijloace de probă (leziuni traumatice recente) sau a schimbării unor situații de fapt (intoxicația etilică acută, starea determinată de consumul de droguri, viol etc.), ori când este necesară lămurirea urgentă a unor fapte sau împrejurări ale cauzei (moarte violentă);

– are (deci) caracter de urgență şi se rezumă la consemnarea situațiilor care fac obiectul constatării;

– raportul de constatare medico-legală va fi remis numai organului de urmărire penală/instanței de judecată care l-a solicitat.

Când se apreciază că R.C.M.L. nu este complet sau concluziile acestuia nu sunt precise se poate dispune refacerea sau completarea raportului de constatare ori efectuarea unui raport de expertiză medico-legală (art. 115 alin. 2 C. pr. pen.).

9.3. **Raportul de expertiză medico-legală (R.E.M.L.)**

– este întocmit la solicitarea organelor de urmărire penală sau a instanțelor de judecată;

– solicitarea raportului de expertiză medico-legală se va face cu respectarea principiului teritorialității, deci la instituția medico-legală aflată în raza de competență a organelor de urmărire penală/instanțe de judecată sau în funcție de domiciliul persoanei respective;

– este elaborat, de regulă de către un singur medic legist care poate consemna şi diferite alte consulturi medicale de specialitate necesare pentru precizarea diagnosticului (precizăm că un prim raport de expertiză poate fi întocmit şi de o comisie specială, cum este cazul expertizelor medico-legale psihiatrice ori pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei sau suspendarea urmăririi penale/judecății pe motiv de boală);

– se poate dispune (conf. art. 116-125 C. pr. pen. şi 201 şi următoarele C. pr. civ.):

• în oricare din fazele procesului penal sau civil când, pentru lămurirea unor fapte sau împrejurări ale cauzei (în vederea aflării adevărului), sunt necesare cunoştințele unor experți;

• indiferent de perioada de timp care a trecut de la producerea leziunilor traumatice, deci:

– nu are caracter de urgență;

– se realizează printr-o investigaţie amănunţită axată pe toate aspectele cu caracter medical ridicate în cauză fiind, aşadar, exhaustiv;

– raportul de expertiză medico-legală se trimite numai organului de urmărire penală/instanţei de judecată care l-a solicitat.

Atunci când se apreciază că expertiza nu este completă se poate dispune efectuarea unui supliment de expertiză (art. 124 alin.1 – C. pr. pen.).

9.4. **Raportul de nouă expertiză medico-legală (R.N.E.M.L.)**

În conformitate cu prevederile art. 125 C.pr. pen., şi art. 212 C.pr. civ., dacă instanţa de judecată sau organul de urmărire penală are îndoieli cu privire la exactitatea concluziilor raportului de expertiză, dispune efectuarea unei noi expertize.

În această situaţie:

– expertiza se efectuează de către o comisie medico-legală (3 medici legişti), o comisie medico-leagă interdisciplinară sau o comisie medico-legală specială;

– sunt reexaminate şi consemnate în cuprinsul lucrării toate documentele medicale care au fost menţionate în actul medico-legal redactat iniţial (care este contestat);

– în mod obişnuit se recurge şi la efectuarea de noi investigaţii medicale interdisciplinare (clinice şi paraclinice) prin care să se poată obiectiva diagnosticul şi să poată fi susţinute concluziile raportului de nouă expertiză.

9.5. **Avizul**

Avizul este actul întocmit de Comisia superioară medico-legală sau de Comisia de control şi avizare a actelor medico-legale, la solicitarea organelor judiciare, prin care este verificat din punct de vedere ştiinţific, un document medico-legal.

9.5.1. *Avizul Comisiei medico-legale de control şi avizare*

Această comisie, impropriu denumită în legislaţie Comisia de avizare şi control (deoarece documentele supuse avizului iniţial sunt controlate şi ulterior, dacă sunt întrunite condiţiile ştiinţifice de valabilitate sunt avizate şi nu invers!):

– îşi desfăşoară activitatea numai în cadrul institutelor de medicină legală (I.N.M.L. „Mina Minovici” – Bucureşti, I.M.L. Craiova, I.M.L. Tg. Mureş, I.M.L. Cluj-Napoca, I.M.L. Timişoara şi I.M.L. Iaşi);

– este formată din:

• preşedinte – directorul institutului respectiv de medicină legală; în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” – Bucureşti, preşedintele C.C.A. trebuie să fie un cadru universitar, de medicină legală, altul decât directorul general; preşedintele Comisiei de control şi avizare este desemnat prin votul majorității membrilor comisiei pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea reînnoirii mandatului;

• membrii – 4 medici legişti cu experiență, din acelaşi institut de medicină legală (nominalizați de conducerea institutului respectiv şi prezentați spre validare Consiliului superior de medicină legală).

– componența nominală şi modul de funcționare al Comisiei de control şi avizare medico-legală se aprobă prin ordin al Ministerului Sănătății la propunerea Consiliului superior de medicină legală;

– avizul Comisiei de control şi avizare medico-legală trebuie redactat în cel mult 30 de zile de la primirea adresei de solicitare;

– în urma evaluării, Comisia de control şi avizare medico-legală poate aviza documentul medico-legal respectiv, ceea ce înseamnă că acesta este corect întocmit şi în consecință poate fi administrat ca probă în justiție sau poate recomanda refacerea (totală sau parțială) a documentului în cauză ori efectuarea unei noi expertize medico-legale, ceea ce semnifică faptul că acel document medico-legal nu îndeplineşte condițiile pentru a putea fi administrat ca probă în justiție;

– în situația în care concluziile actului medico-legal nu sunt clare ori sunt incomplete Comisia de control şi avizare, după ce se pronunță asupra acestor aspecte poate formula anumite precizări sau completări;

– în cazul rapoartelor de nouă expertiză avizarea se poate realiza şi din oficiu înainte ca acestea să fie transmise organelor judiciare.

9.5.2. *Avizul Comisiei superioare medico-legale*

Această comisie:

– îşi desfăşoară activitatea numai în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” – Bucureşti;

– este alcătuită din:

• directorul general al I.N.M.L. „Mina Minovici” – Bucureşti

• directorul adjunct medical al I.N.M.L. „Mina Minovici”– Bucureşti;

• directorii celorlalte institute de medicină legală;

• şefii disciplinelor de profil din facultăţile acreditate din cadrul centrelor medicale universitare;

• şeful disciplinei de anatomie-patologică din cadrul U.M.F. „Carol Davila” Bucureşti;

• profesori universitari – şefi de disciplină din diferite specialităţi medicale (neurologie, ortopedie, oftalmologie etc.) precum şi specialişti recunoscuţi din alte domenii ale ştiinţei cooptaţi la lucrările Comisiei superioare şi care pot contribui la lămurirea problemelor ridicate de specificul lucrării respective;

• 4 medici legişti cu experienţă din cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” (nominalizaţi de conducerea institutului şi prezentaţi spre validare Consiliului superior de medicină legală).

Preşedintele Comisiei superioare de medicină legală este desemnat prin votul majorităţii membrilor comisiei pentru o perioadă de 1 an cu posibilitatea reînnoirii mandatului.

– componenţa Comisiei superioare medico-legale este aprobată prin ordin al Ministerului Sănătăţii, la propunerea Consiliului superior de medicină legală;

– avizul Comisiei superioare medico-legale trebuie redactat în cel mult 40 de zile de la primirea solicitării;

– Comisia Superioară medico-legală examinează numai documentele medico-legale care au avizul unei Comisii de control şi avizare sau rapoartele de nouă expertiză medico-legală;

– în urma evaluării, Comisia superioară medico-legală poate:

a) *aviza* documentul medico-legal respectiv, ceea ce înseamnă că acesta este corect întocmit şi în consecinţă poate fi administrat ca probă în justiţie; avizul Comisiei superioare medico-legale nu mai poate fi combătut de nici o altă instituţie sau for ierarhic medical; în situaţia în care documentul medico-legal este avizat parţial Comisia superioară poate formula anumite precizări sau completări;

b) formula *concluzii proprii* care anulează orice altă concluzie rezultată din documentele medico-legale anterior întocmite; numai

aceste noi concluzii (ale Comisiei superioare medico-legale), pot fi administrate ca probă în justiție;

c) recomandă *refacerea* documentului medico-legal (date obiective insuficiente prin care sunt susținute concluziile: investigații medicale superficiale sau incorect interpretate, acte medicale ilizibile etc.); după ce va fi refăcut documentul medico-legal trebuie să fie supus avizului Comisiei superioare pentru a putea fi administrat ca probă în justiție;

d) recomandă *efectuarea unei noi expertize medico-legale* în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” dacă este necesară şi examinarea persoanei respective, urmând ca ulterior, raportul de nouă expertiză, întocmit conform recomandării să fie supus avizului Comisiei superioare.

10. **ELEMENTE DE TRAUMATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ**

Traumatologia constituie, pe drept cuvânt cel mai frecvent domeniu al activității medico-legale cu implicații atât în sectorul clinic, de investigare a persoanei cât şi în cel prosectural, asupra cadavrului. Dată fiind importanța deosebită a traumatologiei, a ponderii pe care o ocupă în cadrul medicinei legale, vom începe acest capitol prin a defini o serie de termeni care, deşi uzuali sunt folosiți, uneori, în mod neadecvat, datorită necunoaşterii semnificației fiecăruia; astfel în medicina legală, prin sintagmele următoare se înțelege:

– *traumă* sau *leziune traumatică* = o modificare locală sau generală a organismului, de ordin (cu substrat) morfologic sau funcțional, ce apare în urma unui traumatism.

– *traumatism* = (numai) acțiunea unui agent traumatic asupra organismului.

– *agent* (element sau factor) *traumatic* = orice formă de energie, exterioară organismului, care acționând asupra acestuia poate produce o leziune traumatică.

10.1. **Clasificarea agenților traumatici**

Agenții traumatici pot fi:

• mecanici: corpuri contondente (piatră, pumn);
• fizici: temperatura, electricitatea etc.;
• chimici: substanțe toxice, medicamente etc.;
• biologici: animale, virusuri, bacterii etc.;
• psihici – acțiunea lor asupra organismului uman nu poate fi probată numai de către medicul legist.

Acțiunea agenților traumatici asupra organismului uman se poate solda cu:

– moartea persoanei, ceea ce impune efectuarea autopsiei oficiale (medico-legale sau judiciare);

– apariția unor leziuni traumatice (diferite de leziunile patologice ce se înscriu în contextul îmbolnăvirii organismului uman); aceste leziuni traumatice se vindecă fără urmări sau, dimpotrivă, generează sechele imposibil de corectat.

10.2. **Obiectivele expertizei medico-legale în traumatismele nemortale**

1. *Demonstrarea realității traumatismului* afirmat de victimă; acest lucru poate fi susținut în mod obiectiv (în documentul redactat de către medicul legist) prin:

a) evidențierea leziunilor traumatice;

b) aprecierea vechimii acestora (dacă se puteau produce la data menționată de victimă);

c) stabilirea fondului organic patologic, preexistent traumatismului (uneori, leziunile patologice sunt prezentate de victime ca fiind traumatice).

2. *Obiectivarea circumstanțelor de producere a leziunilor traumatice*, ceea ce presupune:

a) estimarea caracteristicilor agentului traumatic în funcție de particularitățile leziunilor traumatice decelate (formă, mărime etc.);

b) stabilirea mecanismelor de producere (lovire activă, lovire pasivă, zgâriere etc.);

c) aprecieri asupra împrejurărilor/circumstanțelor în care s-au produs leziunile traumatice (agresiune, accident etc.).

3. *Stabilirea cauzalității medico-legale*, respectiv a:

– legăturii de cauzalitate:

a) primară sau directă:
→ imediată – necondiționată;
→ mediată – condiționată de fondul patologic preexistent;

b) secundară sau indirectă;

c) terțiară sau asociativă (dublu condiționată)

– raportului de cauzalitate.

4. *Evaluarea gravității leziunilor traumatice* sau a consecințelor acestora pe baza criteriilor medico-legale care permit încadrarea juridică a faptei infractorului în conformitate cu prevederile Codului penal.

10.3. **Criteriile medico-legale de evaluare a gravității unui traumatism nemortal (asupra persoanei)**

Criteriile medico-legale prevăzute de Codului penal, prin care ***numai*** medicul legist poate evalua gravitatea unui traumatism asupra organis-mului uman sunt:

10.3.1. *Numărul de „zile de îngrijire medicală"*

Reprezintă numărul de zile prin care se estimează în mod direct, din punct de vedere medico-legal, gravitatea unei/unor leziuni sau boli posttraumatice; stabilirea numărului de „zile de îngrijire medicală", ține cont de:

• criteriul diagnostic – timpul, localizarea, mărimea şi numărul leziunilor traumatice;

• criteriul terapeutic – pronostic (recuperator) – perioada de timp necesară aplicării unei terapii (medicamentoase, chirurgicale, recuperatorii) în ambulatoriu sau prin internare în spital – pentru leziunea traumatică respectivă;

• criteriul antecedentelor patologice – starea de sănătate existentă anterior traumatismului suferit de victimă; „terenul" pacientului/victimei este determinat de vârstă, boli preexistente, stare de nutriție, sex etc.

Această noțiune medical-juridică de „zile de îngrijire medicală" nu trebuie confundată cu:

• timpul de vindecare anatomică;

• timpul de incapacitate temporară de muncă (concediu medical);

• perioada de spitalizare;

• perioada recuperatorie – de vindecare funcțională.

În cazul în care medicul legist constată, cu ocazia examinării medico-legale, întârzieri în aplicarea tratamentului, deficiențe terapeutice sau agravarea intenționată a leziunilor, toate acestea crescând numărul de „zile de îngrijire medicală", este obligat să menționeze, în concluziile documentului medico-legal, aspectele care au generat

creşterea numărului de „zile de îngrijire medicală” faţă de numărul real care ar fi fost acordate dacă aceste împrejurări nu ar fi existat.

10.3.2. *Infirmitatea*

Defineşte o vătămare corporală gravă, parţială sau totală (completă), cu caracter permanent, de ordin morfologic, funcţional sau morfo-funcţional, ce produce un handicap fizic sau psihic, care generează persoanei respective o stare de inferioritate.

Handicapul fizic este reprezentat prin:

• pierderea unui organ şi/sau încetarea sau diminuarea semnificativă şi permanentă a funcţionalităţii acestuia;

• pierderea sau reducerea semnificativă şi permanentă a unui simţ;

• lipsa unui segment corporal (a unei părţi corporale) şi/sau paralizia ori alterarea semnificativă (permanentă) a sensibilităţii locale.

Handicapul psihic are un substrat organic obiectivabil (cicatrice meningo-cerebrală, epilepsia posttraumatică etc.).

Aşa cum rezultă din definiţie, pentru a putea fi etichetată drept infirmitate, „consecinţa posttraumatică” trebuie să aibă caracter de permanenţă, adică să nu fie susceptibilă de refacere naturală sau medico-chirurgicală.

Ori de câte ori urmările unui traumatism pot fi corectate (indiferent de perioada de timp necesară), nu se va folosi noţiunea de infirmitate; pentru a atenţiona totuşi asupra gravităţii crescute a traumatismului suferit de victimă, medicul legist poate folosi noţiunea de „prejudiciu fizic”, până la vindecare/recuperare sau, din contră, până la constituirea infirmităţii.

Din cele menţionate se poate deduce că folosirea sintagmei „infirmitate permanentă” – pleonasm! – lasă să se înţeleagă că persoana respectivă nu cunoaşte semnificaţia acestei noţiuni.

Infirmitatea se poate constitui:

• imediat posttraumatic, când gravitatea iniţială a leziunilor traumatice este deosebită şi permite acest lucru (spre exemplu, un accident de trafic rutier cu amputarea unui membru pelvin, o agresiune urmată de amputarea pavilionului urchii etc.).

• după un interval de timp de la traumatism şi anume:

– după aplicarea măsurilor terapeutice impuse de situație [spre exemplu, un traumatism abdominal cu hematom splenic (se constituie în zile !)] şi splenectomie de necesitate sau

– după epuizarea metodelor terapeutice recuperatorii prin care s-a încercat remedierea consecințelor posttraumatice [spre exemplu cicatricile întinse, retractile, după arsuri post agresiune, scurtarea unui membru pelvin după o fractură inițial consolidată vicios ce a necesitat (re)intervenție chirurgicală etc.].

Infirmitatea nu este încadrabilă în grade sau procente; constituirea sa este dictată de gravitatea traumatismului suferit de victimă, de corectitudinea tratamentului aplicat şi de particularitățile de evoluție specifice organismului respectiv (influențată de vârstă, boli preexistente, sex etc.).

Spre deosebire de infirmitate, cu care uneori este confundată, *invaliditatea* semnifică existența unui deficit funcțional temporar sau permanent care poate avea repercusiuni asupra *capacității de muncă* (acea stare a funcțiilor organismului care-i permite individului să desfăşoare o activitate socială, să corespundă cerințelor muncii profesionale).

Un invalid poate avea capacitate de muncă:

– păstrată (deşi individul prezintă o invaliditate, aceasta nu-i afectează capacitatea de muncă în cadrul meseriei sale);

– scăzută;

– pierdută (temporar sau permanent).

Ținând cont de prevederile Codului civil, care precizează că au dreptul la pensie de invaliditate cei care şi-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, invaliditățile ce conferă dreptul la pensie sunt clasificate astfel:

• *invaliditate de gradul I* = pierderea totală a capacității de muncă asociată cu imposibilitatea victimei de a se autoîngriji, fapt care atrage necesitatea îngrijirii/supravegherii invalidului de către o altă persoană (deci impune prezența unui însoțitor);

• *invaliditate de gradul II* = pierderea totală a capacității de muncă, invalidul având capacitatea de a se autoîngriji (nu este nevoie de ajutorul altei persoane);

• *invaliditate de gradul III* = pierderea parțială scăderea capacității de muncă; invalidul își poate continua activitatea la același loc de muncă dar cu program redus sau poate desfășura o activitate mai ușoară, cu program complet de lucru.

Atât invaliditatea cât și capacitatea de muncă sunt cuantificate în grade sau procente (spre exemplu baremul A.D.A.S.).

10.3.3. *Pierderea unui organ*

Acest criteriu, deși menționat ca independent în C. pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „pierderea de organ" se consideră *infirmitate*.

Prin organ înțelegem acea porțiune corporală reprezentată printr-o formațiune anatomică cu o topografie precisă, cu structură bine diferențiată și individualizată, formată dintr-un țesut specific, cu o vascularizație și o inervație proprie, ce îndeplinește – în mod independent sau împreună cu un alt organ de același fel ori diferit sau împreună cu un alt țesut – o anumită funcție și prin a cărui protezare, înlocuire – în caz de necesitate – nu se mai poate reface statusul anatomo-funcțional inițial (natural) și se induce/favorizează apariția fenomenelor de incompatibilitate (histoincompatibilitate).

Această definiție a organului a fost redată pentru a se putea înțelege diferența dintre noțiunile de ***parte corporală*** și respectiv de ***organ***, astfel încât și din punct de vedere juridic pierderea unui/unor dinți (părți corporale dar nu organe!) să nu mai fie considerată drept pierdere de organ.

10.3.4. *Pierderea unui simț*

Acest criteriu, deși menționat ca independent în C.pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „pierderea unui simț" se consideră *infirmitate*.

Simțul este o funcție a organismului prin care se recepționează și se prelucrează anumiți excitanți (stimuli) din mediul extern sau intern, sub formă de senzație conștientă.

Simțurile organismului uman sunt reprezentate de: văz, auz, pipăit (simț tactil), miros şi gust.

Acestea sunt considerate pierdute, conform accepțiunii juridice, şi în situația în care organul este îndemn – spre exemplu, deşi victima unui traumatism cranio-cerebral îşi păstrează globii oculari întregi, totuşi nu mai vede, datorită leziunilor traumatice ale creierului.

10.3.5. *Încetarea funcționării unui simț sau organ*

Acest criteriu, deşi menționat sub forma unui criteriu independent în C.pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „încetarea funcționării unui simț sau organ” face deci parte din *infirmitate.*

Aşa cum rezultă şi din formulare, acest criteriu precizează faptul că:

– deşi din punct de vedere anatomic organul respectiv există, totuşi nu-şi mai poate îndeplini funcția la parametrii normali (fiziologici) în cadrul organismului uman;

– simțul este afectat (total sau parțial) în mod permanent, fără însă a se putea pune în evidență vreo leziune la nivelul formațiunilor anatomice prin care acel simț este conştientizat (receptori, căi nervoase de conducere, zona de proiecție cerebrală).

10.3.6. *Sluțirea*

Defineşte o vătămare corporală gravă, constând într-o deformare evidentă, obiectivă, cu caracter permanent şi substrat morfologic care, indiferent de localizare, alterează aspectul estetic, armonios nativ, al unei regiuni anatomice, punând persoana respectivă în condiții de inferioritate.

Deoarece cele mai frecvente sechele posttraumatice care fac obiectul noțiunii de sluțire sunt localizate la nivelul feței, în practica medico-legală se foloseşte (cu acelaşi înțeles) şi noțiunea de *desfigurare*, care desemnează o formă de sluțire cu repercusiuni grave asupra fizionomiei (aspectul static) şi/sau mimicii (aspectul dinamic, expresie a stărilor psihice) persoanei.

Pentru ca o leziune posttraumatică să fie considerată sluțire/desfigurare, trebuie să se cunoască şi sexul, vârsta şi mai ales profesia victimei.

Deşi prin caracterul său de permanenţă sluţirea poate fi inclusă în categoria mult mai vastă a infirmităţii, totuşi ea a fost menţionată ca un criteriu de sine stătător (şi acceptat ca atare şi din punct de vedere medico-legal) tocmai pentru a se putea accentua consecinţele neplăcute de ordin estetic, imposibil de corectat, cu implicaţii uneori majore socio-profesionale, ce pot surveni după un traumatism.

În situaţia în care medicul legist nu are certitudinea că leziunea posttraumatică respectivă nu mai poate fi remediată, poate folosi, în concluziile documentului medico-legal, noţiunea de „prejudiciu estetic"; aceasta impune reexaminarea victimei după o perioadă mai lungă de timp (6 luni – 1 an), timp în care să se poată efectua intervenţiile chirurgicale reparatorii.

Precizăm că, din punct de vedere medico-legal, nu se poate accepta drept sluţire, (deci fapta agresorului nu ar putea fi încadrată, strict referitor la acest criteriu, în conformitate cu prevederile art. 182 C. pen.):

– tăierea/smulgerea/ruperea arderea sau vopsirea părului capului, a bărbii, a mustăţii, a genelor sau a sprâncenelor, deoarece, deşi temporar aspectul estetic al victimei este alterat, printr-un proces natural de creştere/regenerare, fără tratament, părul se va reface iar prejudiciul estetic va dispărea; aşadar, lipseşte caracterul de permanenţă a efectului posttraumatic.

– pierderea dinţilor, inclusiv cei frontali, deoarece aceştia pot fi suplinţi prin proteze fixe sau mobilizabile, care nu numai că restabilesc funcţia dentară (masticator-fonator-fizionomică) dar, nu de puţine ori, conferă un aspect estetic chiar mai plăcut decât cel anterior traumatismului; deci, chiar dacă nu există un proces natural de vindecare, prejudiciul estetic poate fi remediat (protetic) şi astfel caracterul de permanenţă al prejudiciului posttraumatic dispare, ceea ce face ca noţiunea de sluţire să nu poată fi operantă.

– pierderea unicului dinte pe care-l avea persoana vătămată;

– pierderea dinţilor stâlpi, încadrată în noţiunea de infirmitate şi nu în cea de sluţire.*

---

* Consecinţele posttraumatice viscero-faciale, inclusiv cele bucodentare ce pot fi interpretate ca sluţire sunt detaliate în *Traumatologie medico-legală buco-maxilo-facială – repere orientative de interpretare în traumatismele nemortale* – V.Iftenie, Editura Fundaţiei *România de Mâine*, Bucureşti, 2001.

10.3.7. *Punerea în primejdie a vieții persoanei*

În conformitate cu cerința legii penale, se consideră că o leziune traumatică a pus în primejdie viața unei persoane atunci când există pericolul cert – iminent, imediat, tardiv – ca acea leziune să determine moartea, în lipsa unui tratament (medical) adecvat, indiferent de reactivitatea, uneori crescută, a organismului traumatizat, care face ca pericolul letal să fie depăşit fără aplicarea terapiei/asistenței medicale necesare.

Sintagma „leziune periculoasă pentru viață” poate fi interpretată sub două aspecte:

A. unul de certitudine (situația cea mai frecventă), când în lipsa unei intervenții medicale de specialitate, decesul victimei este:

– iminent – hemoragie abundentă printr-o plagă ce interesează un vas de sânge important;

– imediat – comă, stare de şoc, hematom splenic etc.;

– tardiv – cel mai frecvent prin complicații infecțioase şi septicemie.

B. unul de probabilitate – mult mai rar decât precedentul – când, având în vedere amploarea leziunilor traumatice produse victimei, aceasta ar fi decedat, dar acest lucru nu s-a întâmplat datorită rezistenței crescute, particulare a organismului respectiv; astfel, momentul critic este depăşit fără o intervenție medicală calificată – spre exemplu, în urma unei agresiuni făptuitorul produce victimei o plagă toracică penetrantă ce perforează plămânul, plagă care se vindecă în timp, fără asistență medicală.

Aprecierea medico-legală este strict dependentă de gravitatea leziunii traumatice, neacceptându-se formulări de tipul: „dacă leziunea traumatică ar fi fost 5 cm mai la stânga sau cu 2 cm mai profundă, ar fi fost periculoasă pentru viața persoanei.”

Aşadar, medicul legist va menționa numai dacă leziunea traumatică respectivă a pus sau nu în primejdie viața victimei, fără a fi influențat de modul în care fapta agresorului va fi încadrată din punct de vedere juridic.

10.3.8. *Avortul posttraumatic*

Acest criteriu medico-legal indirect, mai rar folosit în activitatea practică, se referă la întreruperea cursului normal al sarcinii (indiferent de vârsta produsului de concepție) şi expulzia/extragerea fătului, ca o consecință directă a traumatismului exercitat asupra unei femei gravide aflate în imposibilitatea de a se apăra.

C.pen. pedepseşte întreruperea sarcinii:

a) fără acordul femeii gravide (spre deosebire de întreruperea cursului sarcinii realizată cu acordul gravidei respective – avort terapeutic sau empiric);

b) săvârşită de o persoană care ştia că acea femeie este gravidă (din punct de vedere juridic nu se acceptă simpla prezumție că orice femeie ar putea fi însărcinată şi, în consecință, orice vătămare corporală adusă acesteia ar putea să-i provoace avortul); făptuitorul, cunoscând starea de graviditate, acționează cu intenție (directă sau indirectă) în sensul producerii unor leziuni traumatice prin care să inducă avortul.

În inducerea avortului poate interveni orice tip de agent traumatic; particularizăm faptul că:

• agenții traumatici mecanici, responsabili în special de avortul în lunile mari de sarcină, pot acționa local, în regiunea abdomino-pelvină sau general, prin starea de şoc, comă etc.

• agenții traumatici psihici (situațiile stresante-psihotraumatizante) pot provoca avortul mai ales în lunile mici de sarcină şi numai dacă au o intensitate crescută (spre exemplu starea de detenție).

11. **AGENȚII TRAUMATICI MECANICI**

11.1. **Generalități**

În această categorie se înscriu agenții traumatici duri, solizi, care produc leziuni traumatice datorită energiei lor cinetice, venind în contact nemijlocit cu corpul uman, în cadrul unei acțiuni violente.

Clasificarea agenților traumatici mecanici

1. ***corpuri contondente****:*

– în funcție de forma suprafeței de impact:

• cu suprafață plană: triunghiulară, pătrată, dreptunghiulară, rotundă etc.;

• cu suprafață încurbată, cilindro-sferică;

– în funcție de relieful suprafeței de impact:

• cu suprafață netedă-regulată;

• cu suprafață rugoasă-neregulată, colțuroasă.

– în funcție de dimensiunile suprafeței de impact:

• cu suprafață de lovire mică (sub 16 cm^2)*

• cu suprafață de lovire mai mare (peste 16 cm^2);

2. ***obiecte/instrumente/arme*** *ascuțite* (denumite şi „arme albe”, deoarece reflectă lumina):

– *obiecte înțepătoare*, cu un vârf ascuțit: acul, cuiul, sula etc., sau cu mai multe vârfuri: furculița, furca etc.;

– *obiecte tăietoare*, cu una (de regulă) sau mai multe lame ascuțite: briciul, lama, cuțitul de masă etc.;

– *obiecte înțepătoare-tăietoare*, cu vârf şi lamă ascuțită (unele arme pot avea mai multe lame tăietoare – bi sau poli tăietoare): briceagul, pumnalul, şişul, foarfeca, cuțitul de bucătărie.

---

* Fractura craniană produsă cu o suprafață contondentă de până la 16 cm^2 permite idetificarea obiectului vulnerant.

– *obiecte tăietoare-despicătoare*, cu o lamă ascuțită şi corp masiv: topor, satâr, sapă.

3. ***proiectile***, caracterizate prin dimensiuni mici, dar cu viteză de deplasare mare.

Modalități de realizare a leziunilor traumatice

1. lovire activă – lovire cu corp dur; întâlnită mai ales în circumstanțele unei agresiuni, lovirea activă generează leziuni traumatice localizate numai în zona de impact;

2. lovire pasivă – lovire de corp dur; leziunile traumatice produse prin cădere (cea mai frecventă împrejurare în care este incriminată lovirea pasivă) se caracterizează prin:

• localizare în special la nivelul proeminențelor: coate, genunchi, menton, nas, frunte etc.;

• caracterul bipolar la examenul intern (mai evident în cazul leziunilor traumatice cranio-cerebrale), respectiv prezența leziunilor traumatice şi în regiunea impactului primar şi în zona opusă acesteia, prin mecanismul de contralovitură.

3. comprimare-strivire-zdrobire între două corpuri/planuri dure;

4. înțepare-înjunghiere cu un obiect dur ascuțit de tip înțepător sau înțepător-tăietor;

5. tăiere-secționare-despicare prin acțiunea unui obiect dur ascuțit de tip tăietor, tăietor-despicător sau înțepător-tăietor;

6. smulgere-rupere;

7. târâre (frecare)-zgârâiere;

8. împuşcare;

9. suflul exploziei – „blast injuries."

Circumstanțe de producere a leziunilor traumatice

– cădere-precipitare;
– (poli)traumatisme de trafic: rutier, feroviar etc.;
– traumatisme prin utilizarea armelor de foc;
– diverse forme de asfixie mecanică.

Desemnarea, din punct de vedere medico-legal, a modalităților şi a împrejurărilor de realizare a leziunilor traumatice, corelată cu cercetarea criminalistică specifică, oferă juristului posibilitatea de a stabili circumstanțele în care s-au produs aceste leziuni: agresiune,

hetero- sau autoprovocată ori accident, astfel încât după evaluarea medico-legală a gravităţii traumatismului suferit de victimă (prin aplicarea criteriilor medico-legale directe şi indirecte sau după efectuarea autopsiei), magistratul să poată încadra în mod obiectiv fapta agresorului, în conformitate cu prevederile C.pen.

11.2. **Leziunile traumatice elementare**

Denumite şi leziuni traumatice *primare* sau *superficiale*, aceste leziuni, întâlnite foarte frecvent în activitatea practică medico-legală (şi la examinarea persoanei şi la autopsie), se caracterizează prin faptul că interesează pielea (tegumentul sau învelişul cutanat al corpului uman, format din 3 straturi: epiderm, derm şi hipoderm) şi (uneori) straturile imediat subcutanate.

În funcţie de menţinerea sau nu a integrităţii tegumentului, aceste leziuni traumatice pot fi *fără* sau *cu* soluţie de continuitate tegumentară.

11.2.1. *Leziuni traumatice elementare fără soluţie de continuitate*

Se caracterizează prin:

- se produc printr-un mecanism vascular: vasodilataţie sau efracţie vasculară posttraumatică;
- de regulă nu sunt periculoase pentru viaţa victimei;
- se vindecă fără a lăsa urme pe piele.

11.2.1.1. Echimoza (vânătaia sau sufuziunea sanguină) – leziune traumatică elementară fără soluţie de continuitate, de coloraţie iniţial roşietică dar care se modifică în timp şi care nu dispare la digitopresiune (când sunt punctiforme, echimozele se mai numesc şi *peteşii*, iar când au aspect liniar – sub forma unor dungi subţiri, uneori discontinui – sunt cunoscute sub denumirea de *vibices*);

Vechimea unei echimoze (data la care s-a produs) poate fi apreciată în funcţie de modificările de culoare pe care aceasta le parcurge în timp (fenomen datorat transformărilor hemoglobinei şi cunoscut sub denumirea de „evoluţia” sau „înflorirea” echimozei); astfel, de la coloraţia *roşietică* sau roşietică-purpurie iniţială, în câteva ore echimoza devine *albăstruie* sau albăstrui-violacee (culoare ce persistă

2-3 zile), apoi *cafenie* (zilele 3-7), *verzuie*, iar în final *gălbuie* (după aproximativ 8-10 zile).

11.2.1.2. Hematomul – leziune traumatică elementară fără soluție de continuitate ce se prezintă inițial cu o colorație roşietică-violacee, pe fond tumefiat, indurat, şi care nu dispare la presiune digitală.

Mecanismul de producere constă în ruptura unor vase de sânge mai mari decât cele responsabile de echimoze ceea ce indică un traumatism mai violent.

Culoarea evoluează în timp mult mai lent decât în cazul echimozei, dar parcurge aceleaşi etape.

Această leziune se poate localiza superficial, caz în care este evidențiată prin examen extern (spre exemplu, la cap este cunoscută şi sub denumirea de cucui) sau profund, situație în care existența sa este obiectivată la omul viu prin investigații de laborator (tomografii, ecografii etc.), iar la cadavru prin necropsie.

Hematoamele întinse în suprafață:

• pot induce starea de şoc (posttraumatic sau hemoragic) şi, în consecință, sub aspect medico-legal pot fi considerate leziuni care au pus în primejdie viața persoanei, ceea ce din punct de vedere juridic poate fi interpretat ca o vătămare corporală gravă sau ca tentativă de omor;

• pot determina decesul victimei (în mod direct – spre exemplu, hematomul cerebral, sau indirect – prin complicații).

11.2.2. *Leziuni traumatice elementare cu soluție de continuitate* (cu pielea ruptă)

Se caracterizează prin:

• din punct de vedere etiopatogenetic, mecanismul constă în întreruperea continuității tegumentare, prin orice modalitate: zgârâiere, înțepare, tăiere etc.;

• au gravitate mai mare; uneori provoacă decesul victimei;

• de regulă se vindecă cu sechele, cele mai frecvente fiind cicatricile.

11.2.2.1. Excoriația – leziune traumatică elementară cu soluție de continuitate ce se caracterizează prin distrugerea straturilor superficiale ale pielii.

Excoriația poate fi:

• superficială, cu lezarea doar a straturilor epidermului; zona excoriată nu sângerează şi în timp se acoperă cu o crustă gălbuie;

• profundă, care interesează şi dermul, drept pentru care are loc o sângerare redusă cantitativ; în timp, zona exterioară se acoperă cu o crustă brună sau brun-gălbuie;

Din punct de vedere al terminologiei medico-legale, deosebim:

• leziunea liniară – excoriația sau zgârietura;

• leziunea întinsă în suprafață – zona excoriată sau jupuitura.

Excoriația se produce prin frecare-comprimare (zgârâiere, târâre) cu sau de un corp/plan dur, neted sau rugos.

11.2.2.2. Plaga (rana) – leziune traumatică elementară cu soluție de continuitate ce se caracterizează prin distrugerea tuturor straturilor pielii.

Clasificarea plăgilor:

A. în funcție de adâncime:

• plăgi superficiale, ce interesează numai pielea (nu depăşesc aponevroza);

• plăgi profunde:

– nepenetrante;

– penetrante în cavitățile naturale [toracică (pleurală, pericardică), abdominală etc.] Acestea, la rândul lor, pot fi perforante, ce pătrund într-un organ sau țesut sau transfixiante, care traversează organul sau țesutul respectiv.

B. din punct de vedere medico-legal şi criminalistic (cu conotație juridică), se pot deosebi:

• plăgi de atac, care vizează anumite regiuni ale corpului victimei, caz în care plăgile interesează proiecția unor organe vitale, desfigurarea – plăgile sunt localizate mai ales la nivelul viscerocraniului, amenințarea – în mod frecvent interesează regiunile a căror funcționalitate nu este de importanță vitală;

• plăgi de apărare, ca urmare a încercărilor victimei de a se apăra:

– ofensive sau plăgi de apărare activă, localizate în special la nivelul palmelor;

– victima încearcă să apuce arma albă;

– defensive sau plăgi de apărare pasivă, localizate, de regulă, la nivelul antebrațelor – victima încearcă să pareze lovitura.

C. în funcție de aspectul morfologic (în activitatea practică medico-legală şi criminalistică, plăgile sunt denumite în funcție de agentul traumatic sau de mecanismul de producere):

1. **plaga contuză** sau plaga zdrobită; se produce, de regulă, prin lovire cu sau de un corp dur.

Caracteristici:

• profunzime mică (şi în consecință sângerare redusă);

• margini neregulate, zdrențuite (ce alternează uneori cu suprafețe de piele intactă), inegale ca mărime, cu zone excoriate şi/sau echimoze adiacente;

• pereții denivelați sunt uniți din loc în loc prin punți tisulare;

• fundul anfractuos cu cheaguri de sânge.

În sens clasic, se afirmă că plaga contuză este alcătuită din 3 zone: zona centrală – plaga propriu-zisă (cu țesutul distrus), intermediară – cu zone excoriate şi/ sau echimoze (alterată morfologic) şi zona periferică – cu tegument de aspect normal (dar cu alterare funcțională).

În funcție de mecanismul de producere se pot deosebi mai multe timpuri de plăgi contuze:

a) plaga plesnită se descrie atunci când corpul contondent acționează într-o zonă unde tegumentul se află imediat deasupra unui plan osos (cap, genunchi, coate etc.).

– marginile sale sunt relativ drepte, cu mici neregularități (franjurate);

– forma este stelată (când agentul traumatic este plat), uneori liniară (când agentul traumatic este lung şi subțire), cu mici traiecte secundare;

– dehiscență redusă (datorită punților tisulare).

b) plaga strivită se descrie atunci când greutatea agentului traumatic este semnificativă. Are:

– formă neregulată;

– margini accidentate (zimțate);

– multiple zone excoriate şi/sau echimoze pe tegumentul din jurul plăgii.

c) plaga muşcată – produsă de om sau de animal, acest tip de plagă contuză reproduce forma arcadelor dentare. În funcție de forța cu care se acționează, se descriu:

– leziuni traumatice [echimoze – uneori confluente, excoriații sau plăgi superficiale (generate de fiecare dinte)] dispuse sub forma a două arcuri (paranteze) care se unesc la extremități; tegumentul din centrul acestei leziuni este indemn;

– plăgi profunde, cu imprimarea formei dintelui, dispuse corespunzător arcadei dentare; adiacent fiecărei plăgi apar echimoze care uneori pot conflua;

– detaşarea fragmentului/zonei muşcate; pe marginea tegumentului restant pot fi identificate urmele generate de fiecare dinte, sub forma unor depresiuni, iar între acestea pielea este puțin proeminentă, datorită spațiilor interdentare.

d) plaga smulsă are ca mecanism o tracțiune forțată ce depăşeşte capacitatea de rezistență (elasticitate) a țesutului; poate apărea sub forma plăgii *scalpate* – când o porțiune de tegument se detaşează de pe planul subiacent (de regulă osos) sau a plăgii *sfâşiate* (care, de cele mai multe ori, este o plagă muşcată-smulsă).

2. **plaga înțepată** (înțepătura ori împunsătura) este rezultatul acțiunii agenților traumatici duri, cu vârful ascuțit, printr-o manevră de împingere sau de împingere-răsucire, astfel încât țesuturile sunt îndepărtate către lateral; elementele caracteristice ale unei plăgi înțepate sunt: orificiul de intrare sau plaga cutanată primară, canalul şi orificiul de ieşire sau plaga cutanată secundară.

3. **plaga tăiată** este produsă de obiecte vulnerante dure, cu lamă ascuțită (tăietoare), printr-o acțiune combinată de apăsare-alunecare pe suprafața corpului (tegumentului).

Plăgile tăiate pot fi:

• liniare, când obiectul tăietor acționează perpendicular pe piele;

• cu lambou (limb) cutanat, când instrumentul ascuțit acționează oblic față de planul tegumentului, detaşând parțial pielea de statul subiacent;

• cu amputare (mutilante): a unui fragment de membru (spre exemplu a unui deget), a urechii etc.

Caracteristicile plăgii tăiate:

– marginile plăgii sunt regulate, netede;

– unghiurile sunt ascuțite, fiind mai profunde la debut.

– plăgile vitale sunt dehiscente spre deosebire de cele produse post-mortem, la care marginile sunt apropiate.

4. **plaga înțepat-tăiată** sau plaga înjunghiată (când este lungă şi adâncă se numeşte şi plagă spintecată, situată mai frecvent la nivelul abdomenului) este produsă cu arme înțepător –tăietoare, ce acționează în doi timpi: de înțepare-penetrare şi de tăiere-secționare.

5. **plaga despicată** (tăiată-despicată) este rezultatul acțiunii unor obiecte dure, grele, prevăzute cu o lamă tăietoare (mai mult sau mai puțin ascuțită), numite şi instrumente contondent-tăietoare; leziunile traumatice sunt consecința forței de lovire (determinată de viteza cu care se acționează şi de greutatea obiectului vulnerant şi favorizată de ascuțimea lamei);

– însumează caracteristicile plăgilor tăiate (ce predomină când lama este bine ascuțită) şi a celor contuze (mai evidente când lama este boantă);

– este profundă (adâncimea plăgii depăşeşte, de regulă, lungimea lamei); se însoțeşte frecvent de leziuni traumatice grave ale țesuturilor subiacente: rupturi sau zdrobiri de organe, fracturi etc.;

– marginile plăgii cutanate, îndepărtate una față de cealaltă (plagă dehiscentă), pot fi regulate, netede dacă lama este ascuțită, sau neregulate cu anfractuozități dacă lama este tocită sau foarte groasă; de cele mai multe ori, marginile prezintă zone excoriate, explicate prin frecarea lamei de tegumentul care inițial este comprimat (datorită fibrelor elastice, pielea „se mulează” pe lamă, cu atât mai bine cu cât aceasta este mai groasă) şi ulterior este tăiat-rupt; de asemenea, datorită forței cu care se acționează, adiacent marginilor apar echimoze de diferite dimensiuni.

12. **CĂDEREA**

Căderea reprezintă o împrejurare de producere, în mod pasiv, a leziunilor traumatice prin agenți traumatici mecanici, ce constă în schimbarea poziției corpului astfel încât o parte a acestuia se izbește cu violență de (un) plan(ul) de susținere, fără mişcări coordonate.

După cum se cunoaşte, echilibrul se pierde atunci când verticala coborâtă din centrul de greutate al corpului se situează în afara poligonului de susținere.

Căderea se poate produce:

– pe acelaşi plan de sprijin, denumită de unii autori şi cădere simplă;

– de la mică înălțime, de regulă de până la 2-3m (diferența dintre acest tip de cădere şi prima citată constă în gravitatea leziunilor traumatice constatate);

– de la înălțime (mare), denumită şi precipitare, care ar putea fi definită drept trecerea intempestivă/brutală a corpului de pe un plan de susținere pe un altul, mai jos situat, sub acțiunea forței gravitaționale şi eventual al altei forțe (heteropropulsia) care se adaugă acesteia, fără mişcări coordonate şi fără mijloace speciale de susținere.

Precipitarea se poate produce: în mod accidental, ca o modalitate de sinucidere, pentru disimularea unei alte morți violente sau ca o formă de omor.

În traiectoria sa către sol, corpul poate întâlni diverse obstacole: balcoane, cabluri electrice, antene, crengi etc., care vor modifica morfologia leziunilor traumatice sau, dimpotrivă, căderea se poate realiza fără interpunerea diverselor obstacole, caz în care se numeşte „precipitare liberă.”

Leziunile traumatice ce pot fi produse prin mecanism direct (primar, secundar şi mediat) sau indirect, în urma contactului violent cu planul de impact şi/sau diverse obstacole pe care corpul le întâlneşte

în traiectoria către sol (cabluri electrice, marginea balcoanelor, antene, pomi etc.) au următoarele caracteristici:

a) în căderea pe acelaşi plan sau de la înălțime mică:

• sunt unipolare adică sunt situate pe o singură parte a corpului;

• sunt localizate, de regulă, pe părțile proeminente;

• sunt superficiale;

• nu sunt periculoase pentru viață.

b) în căderea de la înălțime (precipitare):

• sunt multipolare, fiind întâlnite, în funcție de mecanismele prin care se produc, pe mai multe regiuni ale corpului;

• sunt numeroase;

• sunt variate;

• sunt grave, frecvent fiind mortale;

• de cele mai multe ori, se constată o discrepanță între leziunile traumatice externe (de mică amploare) şi cele interne (grave: rupturi de organe, fracturi etc.); de fapt, în precipitare se şi spune că „rezistă numai pielea." Acest lucru face ca, uneori, cercetarea criminalistică şi medico-legală de la fața locului să pună în evidență puține elemente specifice – urme de sânge sau leziuni traumatice externe.

Deoarece leziunile traumatice constatate la autopsie în cazul căderii de la înălțime (precipitare) seamănă foarte mult cu cele descrise în politraumatismele rutiere, este necesar ca în ordonanța de efectuare a autopsiei să se menționeze întotdeauna circumstanțele în care s-a produs moartea victimei.

13. **TRAUMATISMELE DE TRAFIC**

Prin traumatism de trafic (rutier, feroviar etc.) se înțelege orice traumatism, asupra organismului uman, obiectivat prin leziuni traumatice, produs sau în mijloacele de transport. Din definiție reiese clar că, în timp ce din punct de vedere juridic acest tip de traumatism poate fi susținut şi prin declarațiile martorilor, datele de anchetă etc., din punct de vedere medico-legal numai constatarea unor leziuni traumatice (cu ocazia examinării de către medicul legist a victimei şi/sau a documentelor medicale ce aparțin acesteia), concordate cu datele de anchetă (puse la dispoziția instituției medico-legale) poate permite, în mod obiectiv, probarea traumatismului afirmat.

13.1. **Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la pietoni**

Leziunile traumatice pot fi produse prin mecanisme simple, asociate şi complexe.

13.1.1. *Mecanisme simple*

A.1. **lovire**; leziunile traumatice, de regulă, de mică gravitate (echimoze, excoriații, plăgi şi doar excepțional fracturi) sunt unipolare – se întâlnesc, în mod frecvent, pe partea laterală sau posterioară a corpului, acolo unde a avut loc impactul (lovirea corpului) cu o parte a autovehiculului.

Dacă victima poartă haine groase, viteza (auto)vehiculului este mică, iar suprafața de lovire mare, leziunile traumatice pot lipsi; în general, la aceeaşi viteză, impactul cu suprafețe mari generează leziuni mai puțin grave față de lovirile cu suprafețe mici, în care se descriu leziuni traumatice severe.

A.2. **cădere**; acest mecanism operează în cazul opririi sau pornirii bruşte a (auto)vehiculului. Leziunile traumatice pot fi mai mult sau mai puțin grave, în funcție de distanța până la sol, viteza de

deplasare a (auto)vehiculului ş.a.m.d.; de regulă sunt unipolare (dispuse într-un singur plan) şi de cele mai multe ori se constată prezența fracturilor.

A.3. **proiectare**, ce poate avea loc fie în interiorul autovehiculului (spre exemplu, în cazul decelerării bruşte, ocupanții locurilor din spate dintr-un autoturism pot fi proiectați în scaunele din față), fie în exterior (spre exemplu, la o curbă luată cu viteză mare pasagerii de pe platforma unui camion pot fi proiectați la exterior).

Leziunile traumatice externe – uni sau bipolare – ce ocupă o suprafață mare a corpului şi au gravitate redusă (echimoze, excoriații, plăgi) se însoțesc de cele mai multe ori de leziuni traumatice interne grave (frecvent leziuni cranio-cerebrale care explică moartea, fracturi, rupturi de organe interne etc.).

A.4. **comprimare**; acest mecanism presupune strivirea corpului între o parte a (auto)vehiculului şi o altă suprafață dură: sol, perete, copac, alt (auto)vehicul etc.; aşadar, roțile vehiculului respectiv nu trec peste corpul uman. Frecvent, comprimarea între (auto)vehicul şi sol se însoțeşte şi de târârea corpului pe o distanță oarecare.

În funcție de intensitatea comprimării, pe corpul victimei rămân urme de ulei, zone echimotice sau excoriate determinate de profilele metalice ale (auto)vehiculului, se constată striviri de organe interne sau fracturi (frecvent întâlnite sunt fracturile costale bilaterale şi fracturile duble de bazin); leziunile traumatice sunt situate pe două planuri diametral opuse ale corpului, subiacente suprafețelor de comprimare.

A.5. **târâre**; acesta este un mecanism mai rar întâlnit în mod singular (de regulă se citează în cadrul mecanismelor asociate sau complexe), ce constă în agățarea victimei de o parte a (auto)vehiculului şi târârea acesteia pe o distanță oarecare. Leziunile traumatice interesează de obicei o singură parte a corpului şi în special proeminențele osoase; caracteristic sunt descrise:

– excoriații paralele, sub forma unor dungi, generate de frecarea pielii de planul pe care se realizează târârea; acestea sunt mai evidente (mai bine conturate) de partea opusă zonei cu care corpul a rămas agățat de (auto)vehicul şi au o direcție inversă direcției de deplasare a acestuia;

– plăgi superficiale, de dimensiuni reduse, ce apar sub forma unor striații neregulate perpendiculare pe direcția de târâre; sunt explicate prin întinderea şi plesnirea ulterioară a pielii.

A.6. **călcare**; acest mecanism presupune trecerea sistemului de rulare (roți, şenile) al (auto)vehiculului peste victimă.

Leziunile traumatice, de cele mai multe ori mortale (zdrobiri de organe vitale, secționări diverse etc.), au următoarele caracteristici:

– de regulă, pielea îşi păstrează integritatea, chiar în cazul în care călcarea s-a realizat cu o roată metalică (fără cauciuc), şi aceasta datorită elasticității tegumentului (la cadavru, zona respectivă se pergamentează);

– când decesul survine rapid, reacția vitală este minimă sau absentă.

De menționat că examinarea medico-legală poate evidenția o serie de leziuni traumatice cu particularități specifice fiecărui tip de sistem de rulare.

13.1.2. *Mecanisme asociate*

Aşa cum reiese şi din denumire, în acest caz în geneza leziunilor traumatice se regăsesc grupate două mecanisme simple. De cele mai multe ori, examinarea medico-legală poate individualiza fiecare mecanism în parte. Cele mai frecvente mecanisme asociate sunt:

- lovire-cădere;
- lovire-proiectare;
- proiectare-călcare;
- proiectare-comprimare;
- proiectare-târâre;
- călcare-comprimare;
- călcare-târâre etc.

13.1.3. *Mecanisme complexe*

Mecanismele complexe reunesc 3 sau mai multe mecanisme simple.

Leziunile traumatice produse prin mecanisme complexe se caracterizează prin:

– gravitate mare, în majoritatea cazurilor victimele decedând;

– prezența obligatorie a leziunilor osteo-articulare;

– multipolaritate; de altfel, distribuția pe mai multe planuri a leziunilor traumatice face ca individualizarea fiecărui mecanism (simplu) în parte să fie imposibilă.

Dintre mecanismele complexe, cele mai frecvent întâlnite sunt:

• lovire-proiectare-călcare;
• lovire-proiectare-comprimare şi/sau călcare;
• proiectare-comprimare/călcare-târâre;
• proiectare-basculare-cădere/comprimare etc.

13.2. **Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la ocupanți**

Se consideră că „ocupantul dintr-un autovehicul are soarta unei pietre într-o cutie” (Scripcare-Terbancea).

Leziunile traumatice se caracterizează prin:

– interesează, cu precădere, ansamblul cap-gât-torace;

– părțile noi sunt mai afectate decât oasele la membrele pelvine şi invers la membrele toracice.

13.2.1. *La conducătorul auto* se descriu:

(1) „sindromul volanului”, rezultat al lovirii/comprimării trunchiului de volan şi caracterizat prin:

– echimoză sau excoriație semicirculară la nivelul toracelui anterior;

– fracturi costale şi de stern;

– leziuni ale viscerelor toracice (inimă, aortă) şi abdominale (ficat, mezenter etc.);

– leziuni traumatice la nivelul mâinilor (plăgi între degetele 1 şi 2; luxații/fracturi ale oaselor metacarpiene);

(2) „sindromul bordului”, determinat de lovirea genunchilor de elementele bordului:

– leziuni traumatice elementare ale genunchilor, însoțite uneori de fracturi de rotulă;

– fracturi de bazin (fosă acetabulară), uneori cu pătrunderea capului femural în bazin;

– fracturi de femur (în mod frecvent ale colului femural).

(3) „sindromul parbrizului”, rezultat al impactului capului cu parbrizul, oglinda retrovizoare şi stâlpul din stânga:

– leziuni traumatice elementare la nivelul viscerocraniului (frecvent plăgi prin cioburi de sticlă securit, uneori cu retenția acestora);

– fracturi de viscero şi/sau neurocraniu.

(4) „sindromul centurii de siguranță”, în care se descriu echimoze, zone excoriate sau fracturi costale, dispuse în diagonală dinspre hemitoracele stâng superior spre hemitoracele drept inferior, subiacente centurii.

13.2.2. *La pasagerul din dreapta-față* se descriu:

(1) „sindromul bordului”;

(2) „sindromul parbrizului”; leziunile traumatice secundare impactului cu oglinda retrovizoare sau cu stâlpul din dreapta vor avea o localizare inversă față de cele descrise la conducătorul auto. De asemenea, datorită lipsei volanului, leziunile traumatice de la nivelul capului vor fi mai grave;

(3) „sindromul centurii de siguranță”, cu dispoziția în diagonală a echimozelor, zonelor excoriate sau a fracturilor costale, dar invers decât la conducătorul auto, respectiv dinspre hemitoracele drept superior către hemitoracele stâng inferior;

(4) „pseudosindromul volanului”, prin impactul hemitoracelui stâng cu volanul şi apariția unor fracturi costale la acest nivel.

13.2.3. *Pasagerul din spate* este mai protejat, iar leziunile traumatice, care au ca mecanism comprimarea sau proiectarea în scaunul din față sau peste ocupantul locului din față, vor interesa, în mod dominant, capul şi genunchii.

În cazul în care ocupantul unui loc în autovehicul este proiectat în afara mijlocului de transport respectiv, se produc leziuni traumatice grave şi care nu mai respectă morfologia descrisă, generând greutăți în aprecierea mecanismului de producere.

14. **AGENȚII TRAUMATICI FIZICI**

Acțiunea nocivă a agenților traumatici fizici naturali sau artificiali asupra organismului uman determină apariția unui complex de modificări morfo-funcționale ce pot culmina cu decesul.

În activitatea practică medico-legală, în mod frecvent pot fi constatate consecințele acțiunii următorilor factori fizici:

– temperatură;
– presiunea atmosferică;
– radiațiile;
– electricitatea.

14.1. **Temperatura***

Acțiunea nocivă a temperaturii crescute sau scăzute se manifestă asupra organismului uman atât pe plan local cât şi pe plan general.

14.1.1. *Temperatura înaltă*

Temperatura înaltă sau termoagresiunea poate determina:

– la nivel local: arsuri realizate prin contact direct sau indirect cu agentul termovulnerant solid, lichid sau gazos.

– la nivel general: hipertermie ce se poate manifesta prin mai multe entități clinice şi care, în final, poate determina decesul.

14.1.2. *Temperatura scăzută*

Temperatura scăzută, frigul sau crioagresiunea determină:

– la nivel local: degerături, produse prin acțiunea rapidă a frigului (prin acțiune lentă apar o serie de modificări morfofuncționale locale ce conturează entități clinice cum ar fi: pernio, pernioză etc.);

---

* Pentru detalii a se vedea V. Iftenie, *Medicină legală*, ediție revăzută şi adăugită, apărută în Editura Ştiințelor Medicale, 2006.

– la nivel general: hipotermie care, după parcurgerea fazelor de reacție, letargică şi de comă, poate determina decesul (sub 28ºC temperatură centrală funcțiile biologice se blochează şi se instalează moartea).

14.2. **Presiunea atmosferică***

Presiunea atmosferică, ce însumează presiunile parțiale ale gazelor componente şi care, la nivelul mării, este de 760 mmHg, devine periculoasă pentru organismul uman fie când creşte excesiv, fie când scade prea mult.

14.2.1. *Presiunea atmosferică scăzută*, în cazul expunerii de scurtă durată, determină:

– *răul de munte*; apare la persoanele ce fac ascensionări montane la altitudini de aproximativ 2500-3000m; manifestările apar cu atât mai precoce cu cât efortul de ascensiune depus (spre exemplu la cei neantrenați) este mai mare (datorită consumului crescut de O_2 al organismului) şi constau în: oboseală, somnoloență, amețeli, tulburări respiratorii (dispnee) şi ale ritmului cardiac, epistaxis şi chiar lipotomii sau deces (în cazuri extreme);

– *răul de altitudine*, ce se manifestă la aproximativ 6000-7000 m, nu este influențat de efort, cauza apariției sale fiind numai scăderea concentrației de O_2 sub pragul nevoilor limită ale organismului; aşa se întâmplă, spre exemplu, la personalul navigant (piloți, pasageri) când aparatul de zbor se depresurizează la altitudini mari (în astfel de situații intervine şi frigul: la 12 000 m altitudine temperatura este de -52ºC); manifestările sunt mai ample decât în cazul precedent, victimele acuză dureri în regiunea inimii şi la nivel musculo-articular, tulburări senzoriale, greață, vomă etc.

Tulburările menționate sunt consecința scăderii presiunii oxigenului în aerul inspirat.

14.2.2. *Presiunea atmosferică crescută*

Manifestările determinate de presiunea atmosferică crescută sunt consecința modificărilor concentrației N_2:

– la coborârea în adâncuri pot apărea:

• narcoza hiperbară sau beția adâncurilor prin depozitarea N_2, în formă lichidă, în țesuturile bogate în grăsimi (creier);

• barotrauma cu manifestări în sfera otică (spargerea timpanului), pulmonară (rupturi) şi sinusală (hemoragie);

– la ascensionare, când N_2 revine din starea lichidă în cea gazoasă se poate produce boala de cheson sau embolia de ridicare/ascensionare.

14.3. **Radiațiile***

Având efecte sonogene dar şi patogene asupra omului, radiațiile – ubicuitare în mediul înconjurător – se caracterizează prin energie, frecvență şi lungime de undă, au o viteză de deplasare în vid de 300 000 km/s şi pot fi clasificate, în funcție de intensitatea efectelor produse, în radiații: ionizante, neionizante.

14.3.1. *Radiații ionizante*

Radiațiile ionizante sunt reprezentate prin:

– radiații electromagnetice: x şi gama;

– radiații corpusculare: α, β, pozitronii şi neutronii.

Iradierea, externă sau internă, din sursă naturală sau artificială are asupra organismului uman un efect patogen manifestat printre altele, prin: leziuni oculare, căderea părului, sterilitate, radiodermită, iar în timp efect teratogen, favorizarea apariției cancerului şi scăderea duratei de viață.

14.3.2. *Radiații neionizante*

Acestea fac parte din categoria radiațiilor electromagnetice, care nu au o energie suficient de mare pentru a putea deplasa electronii de pe orbitele periferice ale atomilor asupra cărora acționează (aşa cum se întâmplă în cazul radiațiilor ionizante). Din rândul radiațiilor neionizante fac parte radiațiile ultraviolete, radiațiile luminoase, radiațiile infraroşii şi microundele.

Radiațiile neionizante au efecte sanogene şi patogene asupra organismului uman. Dintre consecințele nefaste menționăm:

– radiațiile ultraviolete: fenomenul de „îmbătrânire” a pielii, cancerul cutanat, fotooftalmie, pigmentația;

– radiații luminoase: miopie (iluminatul insuficient) sau orbire temporară sau definitivă (iluminatul excesiv);

– radiații infraroşii: insolație, cataractă etc.

– microundele: hipo sau anacuzie.

14.4. **Curentul electric**

Agresiunea electrică (naturală sau artificială) asupra organismului uman poartă denumirea de *electrotraumă*. Electrotrauma artificială, cunoscută şi sub denumirea de *electrocutare* şi reunind totalitatea modificărilor locale şi/sau generale ce apar în organismul uman viu ca urmare a trecerii curentului electric, cu o intensitate mai mare decât cea care poate fi suportată, electrotrauma tehnic-industrială, se poate prezenta sub două aspecte:

• electrocutare mortală sau electrocuție;

• electrocutare nemortală sau electrizare (încărcarea unui corp cu sarcini electrice).

Moartea prin electrocutare se poate produce:

A. *imediat*, prin:

a) insuficiență acută respiratorie de tip:

– central, prin inhibiția centrilor nervoşi de la nivelul trunchiului cerebral (mai ales atunci când traseul curentului electric interesează capul) şi oprirea reflexă a respirației;

– periferic, prin tetanizarea muşchilor respiratori, mecanism ce creează tabloul unei veritabile asfixii mecanice, prin imposibilitatea efectuării mişcărilor respiratorii;

b) insuficiența cardiacă acută de tip:

– central, prin inhibiția centrilor nervoşi de la nivelul trunchiului cerebral cu stop cardiac consecutiv;

– periferic, prin fibrilație ventriculară.

Deoarece, cel puțin inițial, moartea prin electrocutare este o moarte aparentă sau, după caz, o moarte clinică, electrocutatul se aseamănă cu înecatul.

B. *după un interval de timp*, prin:

a) şoc electric, instalat în câteva ore sau zile şi secundar disocierilor electrolitice de la nivel celular (cu modificări morfofuncționale semnificative);

b) complicații ale arsurilor electrice (infecții etc.);

c) insuficiență renală;

d) infarct de miocard (pe fondul unor leziuni de ateroscleroză) etc.

În cazul în care electrocutarea nu a fost mortală, electrizarea este urmată de o serie de sechele – paralizii, epilepsie, tulburări de vedere şi/sau de vorbire (afazii), pancreatite – şi chiar de moartea fătului în uter (lichidul amniotic este bun conducător de electricitate).

Leziunile electrotraumei ce pot fi decelate la examinarea medico-leaglă sunt:

– *marca electrică*, leziune patognomică electrocuției, ce poate fi decelată atât la locul de intrare, cât şi/sau la locul de ieşire, se poate prezenta sub mai multe aspecte, cele mai frecvente forme fiind de:

• depresiune crateriformă (mai ales la locul de intrare) a pielii, de formă rotundă sau ovalar-alungită, de dimensiuni mici (0,6-0,8 cm, rar peste 1cm), cenuşie-gălbuie, cu margini albicioase, dure, reliefate („lizereu de porțelan");

• rozetă (mai ales la locul de ieşire) cu centru alb cenuşiu, de la care pornesc către periferie mici încrețituri ale pielii.

De obicei, în jurul mărcii electrice se observă o mică zonă palidă mărginită de un lizereu roşiatic.

Foarte rar, mărcile electrice pot fi întâlnite şi la nivelul organelor interne.

– *arsura electrică* se prezintă ca o zonă tegumentară dură-uscată, gri-negricioasă sau brună, cu periferia mai intens colorată şi puțin reliefată, bine delimitată de țesutul din jur printr-un lizereu roşiatic; aceste leziuni, ce pot apărea la locul de intrare sau de ieşire a curentului electric, sunt rezistente la putrefacție şi se diferențiază de arsurile termice prin faptul că firul de păr este indemn. La electrizați, arsurile electrice sunt nedureroase şi nu sângerează.

– *metalizarea electrică* apare ca o zonă rigidă, uscată şi rugoasă la nivelul orificiului de intrare;

– *edemul electrogen*;

– *epidermoliza*;

– *metacromazia*.

15. **INTOXICAȚIA ACUTĂ CU ALCOOL ETILIC**

Cunoscut din cele mai vechi timpuri sub diverse denumiri –„apă de viață”, „licoare divină”, „spirit subtil”, „mercur vegetal”, „apa care arde” etc. –, alcoolul etilic se prezintă sub forma unui lichid incolor, volatil (punctul de fierbere 78,3ºC), inflamabil, mai uşor decât apa (densitate: 0,789 g/cm^3) şi miscibil cu aceasta în orice proporție, cu gust arzător şi miros caracteristic; este componenta esențială a băuturilor alcoolice.

Tăria băuturilor alcoolice se exprimă în grade ce reprezintă proporția de alcool absolut conținut în lichidul respectiv (volum la sută); cifra gradelor alcoolice înmulțită cu 0,79 (densitatea alcoolului) permite calculul cantității (în grame) de etanol dintr-o sută mililitri de lichid. La bere, conținutul în extract sec – reziduu de evaporare – poate fi exprimat în procente. Spre exemplu, E.P. (extract primar) 12,5% extract sec şi nu tărie alcoolică.

Alcoolul poate pătrunde în organism pe cale respiratorie, transcutanată (transmucoasă) şi, în special, pe cale digestivă, prin ingestie.

Absorbția digestivă are loc, în principal, la nivelul stomacului şi duodenului (viteza de absorbție depinde de prezența alimentelor în stomac); după absorbție, alcoolul este vehiculat de sânge.

Cantitatea (concentrația) de alcool din sânge exprimată în grame la litru (g ‰) defineşte *alcoolemia.*

După ingestie, alcoolemia este maximă după:

• 20-30 minute dacă stomacul este gol;

• 1 oră – 1 oră şi 30 de minute, când stomacul conține alimente (proteinele şi lipidele întârzie absorbția; cel mai rapid se absorb băuturile cu o concentrație alcoolică de 10-20 ‰ şi carbonatate).

Dinamica alcoolului etilic în organism poate fi redată grafic sub forma *curbei de alcoolemie*, alcătuită din:

• o porțiune ascendentă, abruptă, denumită panta de invazie sau de creştere;

• un vârf, ce corespunde alcoolemiei maxime;

• o porțiune descendentă, lentă inițial şi apoi mai accentuată, respectiv panta de eliminare.

Repartiția alcoolului în organism este inegală, fiind direct proporțională cu conținutul diverselor organe şi țesuturi în apă şi invers proporțională cu conținutul acestora în grăsimi; astfel, în ordine descrescătoare a concentrației, alcoolul se găseşte în creier, plămân, splină, rinichi etc. (în lichidul cefalorahidian şi în urină concentrația alcoolului este cu 25-35 % mai mare decât în sânge).

Cea mai mare parte a alcoolului din sânge este metabolizată în ficat (doar o cantitate redusă este transformată şi extrahepatic: în rinichi, muşchi, pancreas etc.). În ficat, există trei căi de biotransformare a alcolului etilic: o cale principală şi două secundare, ce intră în acțiune atunci când calea principală este suprasolicitată. Astfel:

a) calea principală, desăvârşită prin intermediul enzimei alcool-dehidrogenază şi care se soldează cu formarea de CO_2 şi H_2O;

b) calea secundară mediată de catalază.

Datorită existenței unei cantități limitate de alcool-dehidrogenază, la nivelul ficatului nu pot fi degradate mai mult de 8-10 g de alcool etilic într-o oră. Acest lucru, corelat cu faptul că alcoolul etilic nu se acumulează în organism (deci nu poate fi folosit după un anumit interval de timp sau atunci când necesitățile energetice ale organismului ar cere-o), face ca alcoolemia să scadă cu o rată relativ fixă de 0,15 g ‰ pe oră în primele 5-6 ore; este permis astfel calculul retroactiv al alcoolemiei. Calculele respective sunt acceptate numai dacă au trecut 2-7 ore de la evenimentul respectiv (cel mai frecvent rutier) şi până la recoltarea probei de sânge necesară stabilirii alcoolemiei.

De asemenea, cantitatea de alcool etilic ingerată poate fi evaluată utilizând tehnici de calcul specifice (cu folosirea factorului R – Widmark, în valoare de 0,68 pentru bărbați şi de 0,55 pentru femei).

Alcoolul etilic se elimină din organism:

• 90-95 % metabolizat în ficat, sub formă de H_2O şi CO_2;

• 5-10% netransformat, ca atare, prin urină (2-4%), *alcooluria* reprezintă cantitatea/concentrația de alcool din urină, exprimată în grame la litru (g ‰) – prin aerul expirat (3-7%), prin transpirație, salivă, lapte.

Trebuie precizat faptul că ritmul metabolismului alcoolului etilic este specific fiecărei ființe umane, fiind influențat de particularitățile

proprii, ceea ce explică imposibilitatea unor calcule şablonate, aplicabile tuturor şi cu interpretare universală!

Acțiunile alcoolului etilic asupra organismului uman sunt:

– deprimant al activității sistemului nervos;
– stimulează secreția gastrică;
– alterează ficatul (steatoză → ciroză), inima, pancreasul etc.;
– favorizează apariția cancerului tubului digestiv;
– rol energetic;
– acțiune iritantă locală.

Intoxicația acută cu alcool etilic parcurge următoarele faze:

a) alcoolemie sub 0,5 g‰ (cu limite între 0,3-0,8 g‰): *beție infraclinică*; la majoritatea indivizilor nu sunt observate efecte toxice, excepție făcând cei cu o sensibilitate crescută la alcool (beția patologică, ce apare mai ales în alcoolismul cronic);

b) alcoolemie între 0,5-1,5 g‰: *beția uşoară* sau *faza de excitație*; se caracterizează prin euforie, printr-o stare de bine general; individul devine logoreic, cu un comportament nereținut (prin dezinhibrarea centrilor subcorticali), dar cu o capacitate redusă de a aprecia pericolul (acuitatea vizuală şi acustică sunt scăzute) şi cu un timp de reacție încetinit (promptitudinea reflexelor este diminuată); prin vasodilatație (şi tahicardie) apare senzația de căldură însoțită (uneori) de transpirații;

c) alcoolemie între 1,5-2,5 g‰: *beția propriu-zisă* sau *faza medico-legală* ori *infractogenă*, considerată „anticamera delicvenței"; se caracterizează prin alterarea funcțiilor intelectuale (discernământul, memoria, atenția etc.), ideile devin confuze, logoreea este înlocuită de bâlbâială (dizartrie), iar autocontrolul este suprimat, cu eliberarea instinctelor, a pasiunilor – individul trece brusc de la veselie excesivă la furie; tulburările de percepție (halucinații, iluzii) induc, la unii subiecți, comiterea unor acte antisociale: omor, tâlhărie, viol etc.; mersul este caracteristic (mers titubant), căderile sunt frecvente (cu producerea unor leziuni traumatice care pot determina decesul), apare sughițul şi starea de vomă (uneori şi asfixie mecanică prin aspirat gastric);

d) alcoolemia peste 2,5 g‰: *beția gravă* sau *faza comatoasă*, caracterizată prin: somn profund, flacciditate musculară, lipsa reflecti-

vităţii, hipotermie, midriază, uneori tulburări respiratorii şi cardiace; la copii, prin hipoglicemia indusă de alcool, pot apărea convulsii.

Coma alcoolică durează aproximativ 8-12 ore, după care individul, de regulă, se trezeşte; pentru o perioadă oarecare de timp persistă o stare generală de slăbiciune cu cefalee, halenă fetidă etc. (starea de mahmureală – care cedează la o nouă ingestie de alcool!), cu amnezie totală sau parţială a evenimentelor petrecute în faza de beţie propriu-zisă.

În unele cazuri, când cantitatea de alcool etilic ingerată a fost însemnată, starea de comă poate fi urmată, la o alcoolemie mai mare de 4 g‰, de *moarte*.

Decesul se poate produce prin;

– inhibiţia centrilor nervoşi de la nivelul trunchiului cerebral;
– decompensarea funcţiei cardio-vasculare;
– pancreatită acută hemoragică;
– asfixie mecanică prin aspirat gastric (după vărsătură);
– refrigeraţie, la cei căzuţi în zăpadă sau abandonaţi în frig.

16. **COMPORTAMENTUL DUPLICITAR**

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor de răspuns ale ființei umane la un anumit stimul din mediu, în funcție de particularitățile personalității individului respectiv.

Schematic putem dicotomiza comportamentul duplicitar în:

– simulare: latura inventiv-pozitivă;

– disimulare: latura inventiv-negativă.

16.1. **Simularea**

În această „lume teatralizată de minciună" (Barrois, citat de Gorgos) simularea ar putea fi definită ca o *manifestare comportamentală a conduitei duplicitare, ce constă în încercarea conştientă şi premeditată de a provoca, imita sau exagera unele tulburări morbide sau boli psihice/somatice, în scopul de a obține diferite avantaje materiale sau morale ori pentru a se sustrage de la anumite obligații sociale sau de la executarea pedepsei.*

Aşa cum rezultă şi din definiție, simulantul – fără a fi bolnav psihic – îşi modifică, în mod intenționat, comportamentul, pentru a fi considerat bolnav de către colectivitate.

Simularea, denumită şi *pantomimie* (Dieulafoy), se poate prezenta sub următoarele forme:

(1) ***simulare creatoare***, caracterizată prin faptul că subiectul îşi provoacă:

– *o boală*; alegerea unei anumite afecțiuni (cele mai frecvente sunt bolile psihice, având în vedere că psihiatria este considerată „o țară a tuturor posibilităților") ține cont de:

• informațiile pe carele posedă subiectul despre acea boală;

• reprezentările şi credințele proprii atât față de boala respectivă, cât şi față de informațiile deținute;

• aptitudinile subiectului de a „juca” rolul ales, de a putea susține în mod credibil patologia pe care o acuză, în fața personalului de specialitate şi a cunoscuților (preluat după Barrois, citat de Gorgos);

– *(auto)mutilarea*; această formă a simulării creative poate îmbrăca fie aspectul brutal al automutilării nemascate – când individul nu vrea să-şi ascundă gestul şi, prin urmare, de cele mai multe ori îl efectuează în locuri publice –, fie aspectul ascuns, când automutilarea se realizează sub forma unui accident; şi într-un caz şi în celălalt leziunile traumatice au gravitate diferită, culminând cu sinuciderea.

(2) ***simulare exagerare***, la rândul său cu două forme de manifestare:

a) *simulare amplificatoare*, în care subiectul îşi prezintă mult mai amplu patologia pe care o are în realitate (durerile sunt mult mai intense, tulburările de vedere mai accentuate etc.);

b) *suprasimularea*, în care persoana respectivă, pe lângă faptul că accentuează, în mod deliberat, patologia reală existentă, adaugă simptome noi (spre exemplu, dacă în realitate suferă de o diminuare a vederii, afirmă că nu mai vede şi nici nu mai aude). Deoarece, de cele mai multe ori, cunoştințele despre o anumită boală sunt obținute de la personalul medical (prin „contaminare”), suprasimularea se mai numeşte şi *simulare iatrotreptică*.

(3) ***simulare perseverare*** sau ***metasimulare*** (simularea fixatoare) al cărei element distinctiv constă în faptul că subiectul – după ce s-a vindecat (examinările medicale şi investigațiile de laborator confirmând acest lucru) – continuă să acuze aceleaşi simptome pe care le avea atunci când era bolnav; negarea, neacceptarea vindecării este cu atât mai vehementă cu cât patologia a fost consecința unei agresiuni, a unui accident (de trafic rutier, de muncă etc.), aşadar după orice eveniment în urma căruia victima poate beneficia de despăgubiri; negarea este practic inexistentă atunci când victima însăşi este responsabilă de afecțiunea respectivă.

Comportamentul simulant se poate exprima prin:

a) minciună (simulare verbală sau anamnestică);

b) mimică sau pantomimică (forme de comunicare nonverbală a stării psihice);

c) leziuni:

– traumatice ce se caracterizează prin:

• sunt dispuse, de regulă, în regiuni accesibile propriei mâini;

• în general, nu sunt periculoase pentru viața subiectului;

• localizarea lor concordă cu scopul urmărit (spre exemplu, în cazul simulării unui viol, falsa victimă va prezenta leziuni traumatice – excoriații, echimoze – la nivelul coapselor şi/sau sânilor);

• de cele mai multe ori se însoțesc de leziuni traumatice de „ezitare” (de „încercare” sau de „tatonare”; „lovitura martor”);

– patologice prin care se încearcă imitarea unei boli.

d) trucaje (în accepțiune juridică – falsificare) ale unor documente medicale: adeverințe medicale care certifică o patologie inexistentă, foi de observație (din spital) din care rezultă o evoluție (posttraumatică, spre exemplu) mult mai gravă decât ar fi fost de aşteptat, radiografii (trucajul tuberculozei pulmonare prin pilitură de fier), ecografii ce aparțin altor persoane etc.

16.2. **Disimularea**

Cea de-a doua ipostază a conduitei duplicitare trebuie înțeleasă ca *o manifestare comportamentală ce constă în încercarea conştientă şi premeditată de a ascunde unele tulburări morbide sau boli, în scopul de a obține diferite avantaje materiale sau morale sau pentru a se sustrage de la anumite obligații sociale ori de la executarea pedepsei.*

În timp ce în simulare subiectul caută să convingă anturajul că este suferind, în disimulare el încearcă contrariul şi anume să simuleze normalitatea; aşadar, individul suferă de o anumită afecțiune, dar pe care nu vrea să o facă cunoscută. Uneori, se poate ajunge la aşa-numita disimulare întârziată sau simularea simulației, când cel în cauză susține că, de fapt, atunci când a fost declarat bolnav era sănătos, dar a păcălit medicii simulând boala („am făcut pe nebunul”).

Reiterăm că şi în disimulare subiectul este conştient de implicațiile gestului său, urmărind sau numai acceptând producerea efectului benefic pentru el (disimulare în scop personal) sau pentru anturajul intim (disimulare de necesitate).

Se exclude din categoria disimulării cu conotații juridice disimularea profesională: a actorului (care exprimă, prin rolul interpretat, alte stări, sentimente decât propriile trăiri), a medicului (care afirmă față de pacient că încă nu cunoaşte diagnosticul, că mai trebuie să efectueze analize etc., pentru a-l proteja de aflarea patologiei grave de care acesta suferă) etc.

17. **EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHIATRICĂ**

Expertiza medico-legală psihiatrică reprezintă o activitate tehnico-ştiinţifică specifică instituţiei medico-legale ce constă în evaluarea stării psihice pentru a putea oferi justiţiei un mijloc de probă obiectiv, referitor la discernământul persoanei examinate, în vederea stabilirii responsabilităţii juridice a acesteia.

Responsabilitatea juridică (penală, civilă, administrativă etc.) una din formele responsabilităţii sociale (alături de responsabilitatea morală, politică, ecumenică etc.) defineşte capacitatea unei persoane de a-şi asuma în totalitate obligaţiile ce-i revin, în urma săvârşirii unui act sau fapt ilicit, prin care se încalcă normele dreptului obiectiv-pozitiv şi în consecinţă de a putea fi supusă sancţiunii juridice pentru acţiunile sau inacţiunile sale prohibite, asupra cărora a putut decide în mod liber, având reprezentarea consecinţelor sociale ale acestora; rezumativ responsabilitatea juridică semnifică posibilitatea de a aplica o sancţiune juridică, pronunţată de un magistrat (complet de judecată) ca reprezentant al societăţii, pentru conduita ilicită a unei persoane.

Discernământul (factorul intelectiv) reprezintă o funcţie a capacităţii psihice şi semnifică aptitudinea unei persoane de a înţelege şi aprecia critic conţinutul şi consecinţele social-negative ale actelor sau faptelor sale, deci de a putea distinge între bine şi rău, la un moment dat şi raportat strict la o acţiune sau inacţiune prohibită de lege (prin care sunt aduse altor persoane prejudicii de natură patrimonială sau personal-nepatrimonială, psihice sau fizice), fiind o sinteză între personalitate şi conştiinţă ce se realizează, reiterăm, la un anumit moment, cum ar fi, spre exemplu, în momentul săvârşirii unei fapte penale (ex.: omor, delapidare, înşelăciune etc.) sau al exercitării unui drept subiectiv (ex.: întocmirea unui act de dispoziţie – testament, contract de vânzare- cumpărare etc.).

Din definiţiile menţionate se poate deduce că ***responsabilitatea*** (termen juridic) nu este sinonimă cu ***discernământul*** (termen psihiatric); astfel, în timp ce responsabilitatea este o stare de drept, o calitate

juridică generală a persoanelor, fiind prezumată (iresponsabilitatea trebuie demonstrată), discernământul este o stare de fapt, o calitate individuală care poate exista sau nu, la un moment dat, în funcție de patologia psihică cronică sau tranzitorie cu evoluție diferită şi simptome de intensitate deosebită (schizofrenie, paranoia, intoxicații acute, stări crepusculare etc.) şi, în consecință, trebuie să se demonstreze că a existat la momentul respectiv (al comiterii faptei, al întocmirii unui act juridic etc.). Între responsabilitate şi discernământ (dacă există şi actul sau faptul ilicit cauzator de prejudiciu) se poate stabili relația:

$$\mathbf{R = D + Vp}$$

(unde R = responsabilitate, D = discernământ, iar Vp = voință proprie) care semnifică faptul că, pentru a putea răspunde din punct de vedere juridic pentru actele sau faptele sale, pe care le-a săvârşit provocând un prejudiciu, pe lângă discernământ (ca funcție a capacității psihice), o persoană trebuie să fi putut acționa cu voință proprie, neinfluențată, să fi avut libertatea de acțiune.

Expertiza medico-legală psihiatrică are următoarele particularități:

1. este o activitate specifică instituției medico-legale, efectuată de o comisie specială alcătuită din:

• un medic legist (preşedintele comisiei, care coordonează activitatea întregii comisii),

• doi medici de specialitate, ambii psihiatri (în cazul în care este examinat un minor, unul dintre cei doi psihiatri poate fi specializat în neuropsihiatrie infantilă).

Comisia medico-legală, astfel constituită, poate realiza examinarea persoanelor respective (atât în mod direct, cât şi prin analiza documentelor medicale) la:

– sediul instituției medico-legale (aceasta constituie regula);

– în spitale ce aparțin rețelei sanitare a Ministerului Sănătății, în cazul bolnavilor internați fie într-o secție de psihiatrie, pentru bolnavii cronici la care transportul şi examinarea în cadrul instituției medico-legale nu se poate face în condiții de securitate, fie în oricare altă secție (cardiologie, neurologie etc.) pentru pacienții netransportabili, cu o patologie gravă ori potențial letală;

– în secțiile de psihiatrie ale spitalelor penitenciare ce aparțin rețelei sanitare a Administrației Naționale a Penitenciarelor, în situația persoanelor deținute;

2. se poate efectua la solicitarea:

– organelor competente de urmărire penală sau a instanțelor de judecată, printr-un document oficial (ordonanță, rezoluție motivată, încheiere de şedință); în această situație este obligatorie şi trimiterea dosarului complet al cauzei;

– persoanei ori reprezentanților legali ai acesteia, dar numai pentru stabilirea capacității psihice (discernământ) în vederea exercitării unui drept subiectiv prin întocmirea unui act de dispoziție (testament, act de vânzare-cumpărare etc.);

3. expertiza medico-legală psihiatrică se realizează cu respectarea principiului competenței teritoriale.

4. expertiza medico-legală psihiatrică se poate solicita numai pentru o singură speță (faptă penală, act de dispoziție, punere sub interdicție) deoarece, aşa cum am precizat, discernământul, ca stare de fapt, trebuie demonstrat că a existat la un moment dat; pentru o altă faptă sau pentru un alt act de dispoziție se va solicita efectuarea unei alte expertize medico-legale psihiatrice.

Obiectivele generale ale unei expertize medico-legale psihiatrice sunt:

1. să se stabilească discernământul persoanei examinate în momentul săvârşirii faptei (ce presupune evidențierea unei boli psihice şi a capacității psihice) în vederea determinării responsabilității juridice de factorii în drept;

2. să se stabilească capacitatea psihică la momentul examinării şi, în consecință dacă persoana respectivă îşi poate susține propriile interese şi, implicit, dacă poate participa la desfăşurarea procesului penal;

3. să se aprecieze periculozitatea socială (posibilitatea ca persoana respectivă să mai comită acte sau fapte prohibite de lege datorită bolii psihice) în funcție de eventuala patologie psihică decelată, raportată la gravitatea faptei comise;

4. să se decidă asupra oportunității instituirii măsurilor de siguranță cu caracter medical prevăzute de C.pen. (obligarea la tratament medical – art. 113 sau internarea medicală – art. 114);

5. să se facă recomandări medicale de tip profilactic şi preventiv.

Discernământul unei persoane, la un moment dat (stabilit, aşa cum am precizat, în urma efectuării expertizei medico-legale psihiatrice), poate fi:

– *păstrat* – echivalează cu responsabilitatea, deci persoana respectivă are capacitatea psihică de apreciere;

– *scăzut* – echivalează cu responsabilitatea atenuată sau limitată ori semiresponsabilitatea, individul având capacitatea psihică de apreciere diminuată;

– *absent* (abolit) echivalează cu iresponsabilitatea.

18. **PRUNCUCIDEREA**

Pruncuciderea, în accepție medico-legală, poate fi definită ca fiind: „ *o formă atenuată de omor ce constă în uciderea imediat după naştere a copilului nou-născut, de către mama sa naturală* (*care l-a născut – conform accepțiunii juridice*) *care se află într-o stare de tulburare psihică pricinuită de naştere*.”

Pentru ca fapta prin care a fost suprimată viața nou-născutului să poată fi încadrată în conformitate cu prevederile *Codului penal* trebuie îndeplinite următoarele condiții:

1. subiectul pasiv şi imediat trebuie să fie copilul nou-născut viu (în cazul acestei infracțiuni subiectul general şi mediat este societatea care este lezată prin dispariția unuia din membrii săi); obiectul material al infracțiunii de pruncucidere îl constituie corpul viu al copilului nou-născut, asupra căruia se exercită activitatea de ucidere.

Nu are nicio importanță faptul că nou-născutul:

• prezenta sau nu malformații congenitale;

• era sănătos somato-psihic, îndeplinind criteriile de viabilitate sau, din contră, era neviabil, neputând supraviețui în mediul extrauterin;

• provenea dintr-o sarcină gemelară;

• era primul sau al „n”-lea copil;

• era dorit sau nu de mamă (de părinți).

Dacă copilul a fost născut mort, fapta nu poate fi încadrată în categoria infracțiunilor contra persoanei, neexistând obiectul juridic special.

2. uciderea copilului nou-născut să se realizeze imediat după naşterea acestuia. Dat fiind înțelesul diferit al sintagmei „nou-născut”, se impun câteva precizări:

– din punct de vedere juridic, prin acest termen se înțelege copilul abia născut, deci în perioada de timp imediat următoare naşterii, în care se păstrează semnele naşterii recente (1-2, cel mult 3 zile);

– din punct de vedere medical, prin „nou-născut” se înțelege prima perioadă de existență a copilului în mediul extern (extrauterin), ce se întinde pe durata a 28 de zile.

3. subiectul activ nemijlocit şi calificat este mama naturală a copilului.

De asemenea, trebuie precizat faptul că nicio altă calitate a mamei nu are relevanță pentru infracțiunea de pruncucidere (de exemplu, dacă mama era sau nu căsătorită, dacă avea loc de muncă sau alte surse de subzistență, dacă era infirmă etc.).

4. mama naturală a nou-născutului să prezinte o tulburare psihică care să poată fi legată de actul naşterii: dacă acea tulburare nu este pricinuită de naştere, fapta mamei va constitui una din formele infracțiunii de omor.

Pruncuciderea este o infracțiune materială care se realizează printr-o activitate de ucidere în timpul expulziei sau imediat după naşterea copilului, fără a avea importanță dacă nou-născutul s-a detaşat complet sau nu de corpul mamei, respectiv dacă s-a secționat cordonul ombilical sau dacă placenta a fost expulzată. Cerința legii penale este îndeplinită numai dacă activitatea de ucidere este urmată de moartea copilului (tentativa nu este pedepsită); deoarece legea nu specifică momentul decesului copilului, nu are nicio relevanță faptul că acesta s-a produs imediat sau după un interval de timp oarecare după naştere (uneori zile), atâta timp cât între activitatea de ucidere exercitată de mamă şi decesul nou-născutului se poate stabili o legătură de cauzalitate.

Activitatea de ucidere a nou-născutului se poate înfăptui prin:

– *comisiune* sau *acțiune*, denumită şi *pruncucidere activă*; cele mai frecvente modalități de suprimare a vieții copilului după naştere sunt reprezentate de: asfixii mecanice – sufocare, sugrumare, înecare, aruncarea în latrine etc., – traumatisme cranio-cerebrale prin lovirea capului cu sau de corpuri dure, plăgi înțepate (prin gură) sau tăiate (secțiunea arterelor carotide) etc.; în timpul naşterii, moartea violentă a copilului poate fi indusă prin comprimarea capului între coapsele mamei, secționarea gâtului după degajarea corpului etc.;

– *omisiune* sau *inacțiune*, denumită şi *pruncucidere pasivă*; presupune neacordarea îngrijirilor strict necesare după naştere: lipsa alimentației, expunerea la frig etc. (se întâmplă, mai ales, în cazul

naşterilor neasistate, ce au loc în alte condiții decât cele specifice sectorului sanitar).

Din punct de vedere juridic, se consideră că pruncuciderea se săvârşeşte cu intenție (directă sau indirectă); fiind determinată de starea de tulburare psihică indusă de naştere, intenția nu poate fi decât spontană-instantanee.

După efectuarea autopsiei medicul legist va redacta raportul de autopsie, în concluziile căruia trebuie să precizeze:

– vârsta copilului;
– dacă a fost născut viu;
– dacă a respirat;
– perioada de supraviețuire extrauterină;
– dacă a primit îngrijiri postnatale;
– felul morții;
– cauza morții;
– leziunile traumatice constatate;
– legătura de cauzalitate dintre leziunile traumatice şi deces;
– grupa de sânge sau alte determinări de laborator care să permită identificarea mamei.

BIBLIOGRAFIE

1. Beleiu Gh., *Drept civil român*, Editura Universul Juridic, Bucureşti, 2003, ediția a VII-a revăzută şi adăugită de M. Nicolae şi P. Truşcă.

2. Beliş V., *Medicină legală* – curs pentru facultățile de drept, Editura Juridică, Bucureşti, 2001.

3. Beliş V., *Tratat de medicină legală*, vol. I, II, Editura Medicală, Bucureşti, 1995.

4. Beliş V., *Îndreptar de practică medico-legală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1990.

5. Beliş V., Naneş C., *Traumatologie mecanică în practica medico-legală şi judiciară*, Editura Academiei RSR Bucureşti, 1985.

6. Bercheşan V., *Metodologia investigării criminalistice a omorului*, Editura Paralela 45, Piteşti, 1998.

7. Boroi Al., Ungurea S. Georgeta, N. Jidoviu, *Drept procesual penal*, ediția a II-a, Editura All Beck, Bucureşti, 2002.

8. *Alexandru Boroi, Gheorghe Nistoreanu, Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, Bucureşti, 2003.

9. Boroi Alexandru, Nistoreanu Gheorghe, *Drept penal – partea generală*, Editura All Beck, Bucureşti, 2004.

10. Boroi Alexandru, Nistoreanu Gheorghe, *Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, Bucureşti, 2005.

11. Dermengiu D., *Medicină legală*, *note de curs – litografie*, 1999, U.M.F., „Carol Davila”.

12. Dermengiu D., Curcă C., *Lucrări practice de medicină legală*, Editura Tehnoplast Company S.R.L., Bucureşti, 2001.

13. Dragomirescu V. T., *Tratat de Medicină Legală Odonto-stomatologică*, Editura All, Bucureşti, 1996.

14. Dragomirescu V. T., *Problematică şi metodologie medico-legală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1980.

15. Dragomirescu V. T., *Determinism şi reactivitate umană*, Editura Ştiințifică, Bucureşti, 1990.

16. Dragomirescu V. T., *Psihosociologia comportamentului deviant*, Editura Ştiințifică şi George L., *Morfopatologie*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1971.

17. Diaconescu Gh., *Infracțiunile în codul penal român*, Editura Oscar Print, 1997.

18. Dobrescu I., *Infracțiunile contra vieții persoanei*, Editura Academiei, Bucureşti, 1987.

19. Dongoroz V., Siegfried Kahane, Oancea I., Fodor I., Iliescu Nicoleta, Bulai C., Stănoiu Rodica, Roşca V., *Explicații teoretice ale Codului penal român*, Editura Academiei RSR, Bucureşti, 1971.

20. Iftenie V., *Traumatologie medico-legală buco-maxilo-facială – repere orientative de interpretare în traumatismele nemortale*, Editura Fundației *România de Mâine*, Bucureşti, 2000.

21. Iftenie V., *Medicină legală pentru facultățile de drept*, Editura Ştiințelor medicale, Trustul Bucureşti, 2004 şi ediția 2006.

22. Iftenie V., Boroi Al., *Infracțiunile de lovire şi vătămare a integrității corporale sau a sănătății*, Editura Juridică, Bucureşti, 2002.

23. Iftenie Valentin, *Interferența Medicina legală – Criminalistică*, Editura ERA, Bucureşti, 2006.

24. Kernbach Mihail, *Medicină judiciară,* Editura Medicală, Bucureşti, 1953.

25. Ion Mircea, *Criminalistică*, Editura Lumina Lex, 1999.

26. Loghin O., Toader T., *Drept Penal Român – partea specială*, Editura Şansa SRL, Bucureşti, 1997.

27. Loghin O., Filipaş D., *Drept penal român – partea specială*, Editura Şansa SRL, Bucureşti, 1992.

28. Minovici Mina, *Tratat complet de medicină legală*, Editura Socec, Bucureşti, 1928.

29. Minovici Nicolae, *Manual tehnic de medicină legală*, Editura Atelierele grafice I. V. Socec, Bucureşti, 1904.

30. Minovici Nicolae, *Studiu asupra spânzurării*, Editura Atelierele grafice I.V. Socec, Bucureşti, 1904.

31. Mitrofan N., Zdrenghea V., Butoi T., *Psihologie judiciară*, Casa de editură şi presă „Şansa SRL”, Bucureşti, 1992.

32. Moraru I. şi colab., *Medicină legală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1967.

33. Nistoreanu Gh., Boroi Al., Molnar I., Dobrinoiu V., Pascu I., Lazăr V., *Drept penal – partea specială*, Editura Europa Nova, Bucureşti, 1997.

34. Nistoreanu Gh., Apetrei M., Paraschiv Carmen S., Nae Laurențiu, Dumitru Anca L., *Drept procesual penal*, Editura Europa Nova, Bucureşti, 1996.

35. Nistoreanu Gh., Boroi Al., *Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, Bucureşti, 2002.

36. Panaitescu V., *Metode de investigație în practica medico-legală*, Editura Litera, Bucureşti, 1984.

37. Pintea Al., *Începerea, efectuarea şi terminarea urmăririi penale*, Editura Lumina Lex, Bucureşti, 2005.

38. Scripcaru Gh., Terbancea, *Patologie medico-legală,* Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1983.

39. Stancu E., *Criminalistică*, Editura Didactică şi Pedagogică, 1994.

40. Stătescu C., Bârsan C., *Drept civil*, Editura All Beck, Bucureşti, 2002.

41. Suciu Emil, *Criminalistică*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1972.

42. Ştefănescu P., Cârjan L., *Ştiinţă versus crimă,* Editura Curtea Veche, Bucureşti, 2001.

43. Ungurean S., *Medicină legală,* Editura „Ştiinţa”, Chişinău, 1993.

44. *Codul Penal*.

45. *Codul de Procedură Penal*. *Codul penal comentat şi adnotat*.

46. Derdişan Emil, *Dicţionar de termeni juridici*, ediţie revăzută şi adăugită, Editura Proteus, 2005.

47. Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan”, DEX, *Dicţionarul explicativ al limbii române*, ediţia a II-a, Editura Univers Enciclopedic, 1998.

48. *Dicţionar Medical*, vol. I-II, Editura Medicală, Bucureşti, 1969.

49. Larousse, *Dicţionar de psihanaliză*, *Semnificaţii*, *concepte*, *mateme*, sub direcţia lui Roland Chemama, traducere, avanprefaţă şi completări privind psihanaliza în România de dr. Leonard Gavriliu, Editura Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1997 (Larousse, 1995).

50. Gorgos C., *Dicţionar enciclopedic de psihiatrie*, Editura Medicală, Bucureşti, 1987.

51. Şchiopu Ursula (coord.), *Dicţionar de psihologie*, Editura Babel, Bucureşti, 1997.

52. Neveanu Popescu Paul (coord.), *Dicţionar de psihologie*, Editura Albatros, Bucureşti, 1978.